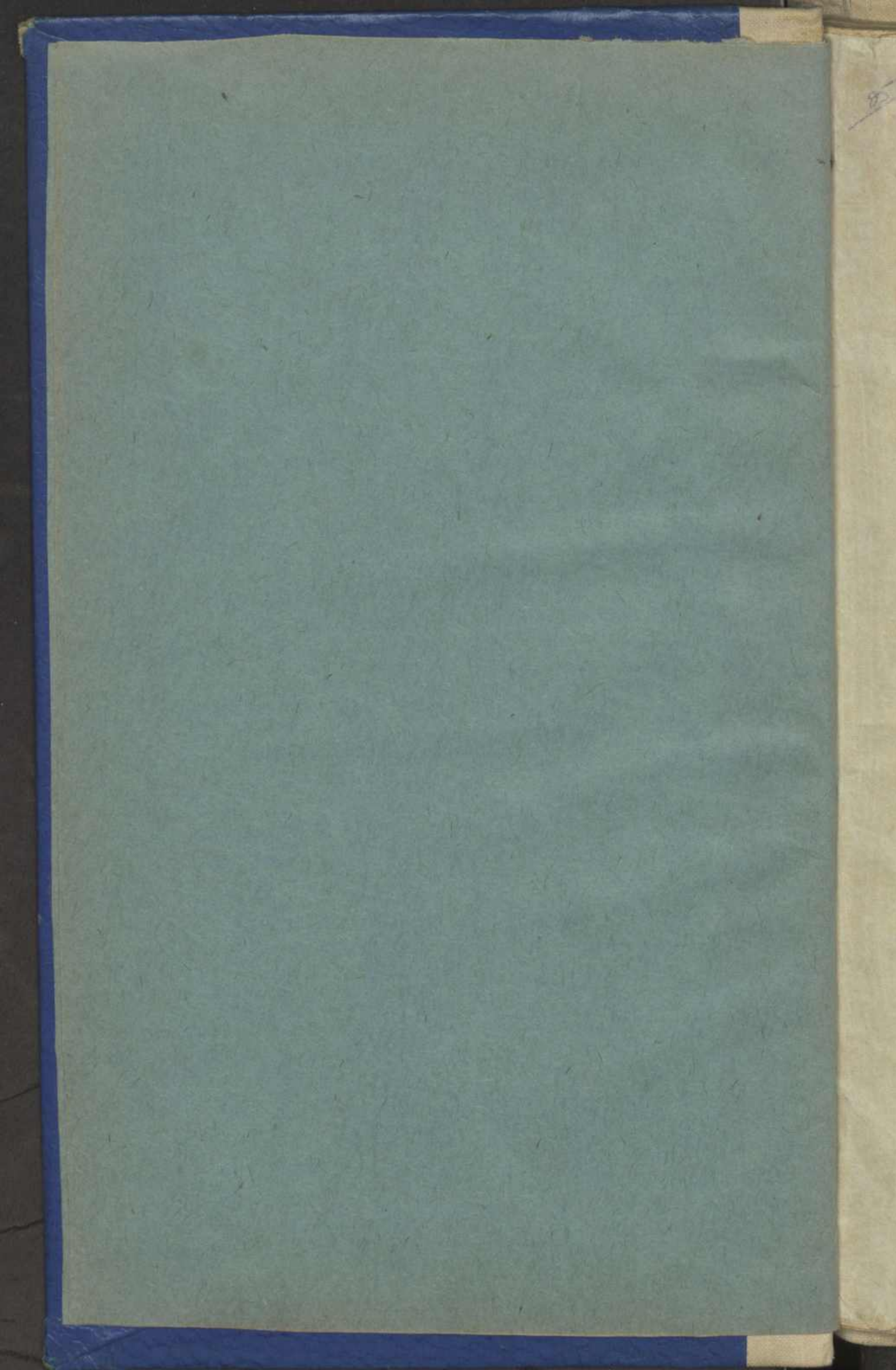
Медицинский журнал БССР
№ 6, 1938



МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

6

ИЗДАНИЕ НАРКОМЗДРАВА БССР
МИНСК
1938

АВТОРАМ

1. Статьи, присылаемые в „Медицинский журнал БССР", должны быть напечатаны на пишущей машинке или, в крайнем случае, написаны четким почерком. В редакцию должен присылаться **первый** машинный оттиск. Рекомендуется писать все слова полностью без каких-либо сокращений.

2. Статьи на актуальные темы, обзоры, лекции, доклады не должны превышать $^1/_2$ печатного листа (10 — 12 страниц машинописи); для оригинальных статей—не более 10000—15000 знаков (5—7 страниц машинописи).

3. Статьи должны печататься на пишущей машинке на одной стороне листа с полями не менее 3 см.

4. Историческое введение, истории болезни и литература вопроса должны быть даны возможно короче. Изложение статьи должно быть четким и сжатым.

5. Диаграммы, таблицы, фотографии и т. д. печатаются в минимальном количестве; они должны быть снабжены четкой надписью о содержании.

6. Библиография должна даваться возможно короче, причем приводиться должны только монографии на данную тему и журнальные статьи.

7. Статья должна быть подписана автором и должны быть даны точный адрес и полностью (а не в виде инициалов) имя и отчество автора.

8. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи.

Статьи должны направляться по адресу:

Минск, Дом Правительства, Наркомздрав БССР, редакции журнала „Медицинский журнал БССР".

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

Ответственный редактор
Нарком Здравоохранения БССР
И. А. НОВИКОВ

Заместители ответственного редактора:
проф. С. М. МЕЛКИХ, проф. Д. А. МАРКОВ и д-р Ф. Я. ШУЛЬЦ

Ответственный секретарь
доцент Ф. М. ГОЛУБ

6

ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ

ИЗДАНИЕ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР
МИНСК 1938



В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

О ЗНАЧЕНИИ ЛИМФО-ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Проф. П. Я. Герке и д-р Л. М. Крюков.

Из гистологической лаборатории Белорусского мединститута.

Введение.

Под лимфо-эпителиальными образованиями подразумеваются скопления лимфатической и лимфоидной ткани, расположенные в непосредственной близости к эпителию слизистых оболочек пищеварительной системы. Обычно эти клеточные элементы об'единяются в общее понятие аденоидной ткани слизистых оболочек.

Аденоидная ткань особенно сильно развита в области рта и глотки в виде Вальдейерова кольца миндалин. В тонком и толстом кишечнике слизистая имеет аденоидный характер и богата солитарными фолликулами. Для тонкого кишечника характерны их конгломераты—Пейеровы бляшки. В червеобразном отростке фолликулы также собраны в конгломерат.

Аденоидная ткань является неот'емлемой частью слизистых оболочек, однако, значение ее здесь иное, чем в лимфатических узлах. Особенность локального расположения аденоидной ткани—близость к эпителию, приведшая к термину лимфо-эпителиальные образования. Отсутствие в них проводящих лимфатических сосудов и феномен эмиграции лимфо-лейкоцитов из аденоидной ткани через эпителий (феномен Штера) в полости пищеварительной системы издавна привлекали внимание теоретиков. Частые воспалительные явления в области лимфо-эпителиальных образований обратили на себя внимание клиницистов. Создались противоречивые взгляды на роль лимфо-эпителиальных образований, что особенно сказалось в так называемой „тонзилярной проблеме“.

Особенно интересно то, что среди многих хирургов распространено мнение о вредности таких образований, как миндалины, червеобразный отросток, которые они рекомендуют удалять при всяком удобном случае. Клиническая практика привела к ревизии вопроса о роли миндалин. Ряд авторов, как Совадэ, Приске, Денкер, Нусман, Герке и другие придерживаются теории Фейн-Гельмана, усматривающей в ангинозах общее заболевание с местной локализацией на миндалинах.

Так миндалины стали рассматриваться „не как входные ворота“ для инфекции, а как „исходные пункты“, в которых может возникнуть септический фокус. Имеются попытки установить связь между аппендицитом и ангиной с соответствующими выводами для хирургической практики. Не вдаваясь в детали отдельных патогенетических устано-

вок, укажем, что вопрос о роли лимфо-эпителиальных образований в норме и патологии еще далек от разрешения.

В этом сообщении мы считаем необходимым указать на отдельные моменты нашего подхода к выяснению еще загадочной функции лимфо-эпителиальных образований. Из лимфатической системы они должны быть выделены в особую, именуемую П. Я. Герке лимфо-эпителиальной систему, вследствие специфики их физиологической роли в организме.

Данные о роли лимфо-эпителиальной системы.

Роль и значение лимфо-эпителиальной системы еще недостаточно оценены в морфологической и физиологической литературе, так как исследователи в основном фиксировали свое внимание не на всей системе в целом, а на ее отдельных участках. Это привело к возникновению отдельных проблем, главным образом, касающихся или тонзилл или appendix'а, тогда как промежуточные звенья исследования как бы выпали. Работы, проведенные нами в 1936—1937 г. по изучению феномена Штера, дают нам возможность притти к собственным выводам, что лимфо-эпителиальная система необходима для удаления переживающих форм лейко-лимфоцитов из крови и тканей организма.

Основными положениями, позволяющими нам рассматривать лимфо-эпителиальную систему, как систему физиологического отделения из организма переживающих форм клеток, являются следующие: во-первых, при исследовании лимфо-эпителиальной системы обращает на себя внимание факт близкого контакта, своего рода взаимного проникновения, симбиоза по Браусу—аденоидной и эпителиальной ткани. Это не случайное прилегание, а имеющее физиологическое значение соприкосновение тканей, ибо об этом свидетельствует факт наличия „феномена Штера", показывающий, что эпителий входит в сложные взаимоотношения с лимфоидными элементами. Во-вторых, если учесть, что площадь соприкосновения аденоидной ткани с эпителиальной громадна и „почему-то" увеличивается образованием крипт, то невольно приходится говорить о массовом выселении форменных элементов из крови и лимфатической ткани. В-третьих,—факты, подмеченные Поляк о богатстве сосудов, проходящих в фолликулах сегментированными лейкоцитами. Особенно это касается миндалин, аденоидная ткань которых богата лимфоцитами, тогда как их сосуды богаты (на срезах) лейкоцитами, и в криптах обнаруживаются сегментированные формы лейкоцитов.

Таким образом, к сосудам лимфо-эпителиальных образований подносятся из циркулирующей крови лейкоциты. Они в них задерживаются и поступают в аденоидную ткань через стенки сосудов, которые, согласно данным авторов, имеют здесь железистоподобное строение и, видимо, служат для избирательной функции кумулирования лейкоцитов.

Попытки об'яснения феномена эмиграции.

Каузального об'яснения феномена Штера еще не имеется, несмотря на некоторые попытки об'яснить это явление. Штер (1891) указывал, что доставка слюнных телец—главная функция миндалин, но все-же

он пришел к заключению, что решение вопроса о физиологическом значении процесса преждевременно. „Значение прохождения лейкоцитов,—говорит он,—через эпителий на свободную поверхность в полость кишечника вероятно в том, что после удаления деградирующих материалов тела погибающих лейкоцитов кратчайшим путем выходят кнаружи"... „Возможно, что процессу проникновения надлежит и другое значение, мыслимо, что этот первоначально служивший лишь для удаления процесс получил и другое назначение, изменился в результате смены функций и удержался дальше".

Альбрехт (1906) ссылается на иммунизирующее действие феномена Штера. Он говорит: „В этой физиологической иммунизирующей деятельности лежит ключ к тому, что лимфатический аппарат кишки так же, как и лимфатические железы молодых индивидуумов сильно развиты и таковые у взрослых слабо развиты".

Флеш (1888) полагал, что вещество лейкоцитов влияет на химические особенности железистого секрета. Кункель допускает освобождение ими ферментов. Оппель (1897) приписывает лейкоцитам способность превращать пептоны в белковые тела. Шаффер (1927) указывает, что лейкоциты могут использоваться как питательный материал, и ссылается на факт исчезновения загрудинной железы при начале отделения семени. Он говорит: „Различные исследования говорят о том, что белковые тела и лецитин ядер лимфоцитов может найти применение как питательный материал". Аналогичные явления, по Шафферу, имеются и в других лимфатических образованиях. Сатаке (1924) полагает, что вышедшие формы имеют отношение к пищеварению, в первую очередь к перевариванию и усвоению углеводов и жиров. Мюллер (1889) считает, что особая группа одноядерных лейкоцитов, по крайней мере у некоторых животных и в известных случаях, принимает участие в резорбции белков и переносит разделенный на мельчайший зернышки материал внутрь слизистой. Гельман, касаясь эмиграции в кишечнике, говорит: „Значение этого блуждания клеток через эпителий кишечного тракта, так же мало известно, как и в миндалинах". Дигби (1923) полагает, что вышедшие лейкоциты захватывают бактерии и тащат их в лимфатическую ткань.

Что касается слюнных телец, то их или рассматривают, как погибающие элементы без особых функций, или указывают на их участие в пищеварении, или полагают, что при их распадении выделяются бактерицидные ферменты. Синельников (1937) считает слюнные тельца одним из защитных факторов ротовой полости. По Гельману, точного исследования их значения еще нет. Шаффер (1927), касаясь феномена Штера, говорит следующее: „Физиологическое значение проникновения лейкоцитов через эпителий не может быть случайным или побочным при всеобщем и большом распространении этого явления". Пиетт указывает, что роль этого физиологического непрерывного „дождя" лимфоцитов еще не выяснена. Браус в своем руководстве по анатомии пишет, что о роли выселения ничего, кроме общих предположений, нам не известно; он допускает обратное вхождение лимфоцитов. Клара (1926), касаясь функции лимфоидных элементов, говорит: „Вероятно, лимфоидные элементы участвуют в приеме пищи и резорбции; вероятно, их назначение надлежит другой области—мы этого не знаем".

Мольер, Бергрен и Гельман полагают, что вышедшие формы являются мертвыми или дегенерирующими клетками по мере их пассивного приближения к эпителию. Однако, Вейденрейх (1905) допу-

скает амебоидную их подвижность. Синельников (1937) наблюдал оживленное амебоидное движение лейкоцитов, полученных из ротовой полости человека. Бригер и Герке, частично Шлеммер говорят о лимфатическом токе из тонзилл на поверхность и рассматривают в этом защитный механизм. Тисбургер указывает, что скопления лимфоцитов в криптах есть свидетельство защитной реакции организма на ставшие патогенными микроорганизмы. Их наличием фагоцитируются „ante portas" бактерии. Бунтинг и Густон (1921) указывают, что при массовом выселении лимфоцитов через кишечный канал происходит процесс фиксации токсинов, и в этом они усматривают нормальную функцию этих клеток.

В последнее время Е. И. Синельников, М. А. Ясиновский, В. М. Соломяный, А. Е. Гершович (1937) рассматривают выселение лейкоцитов на поверхность слизистой оболочки, как одну из физиологических функций слизистой, указывая, что в полостях, соприкасающихся с наружным воздухом, где возможно попадание большего количества бактерий, идет интенсивно эмиграция нейтрофильных лейкоцитов, отсутствующая в полости кишечника. Они указывают, что через кишечную стенку в норме эмигрируют, главным образом, лимфоциты. Попавшие в полость желудочно-кишечного тракта лейкоциты подвергаются дегенерации и полному разрушению. Они также указывают на влияние пищи в процессе интенсивности эмиграции.

Воробьев и Волынский (1937) указывают, что появление больших количеств лейкоцитов, выселяющихся как per diapedesin, так и в основном per rhexin, может играть важную роль в процессе пищеводного и кишечного пищеварения. Воробьев базируется на факте, согласно которому каждая клетка заключает в себе все ферменты, высвобождение которых возможно при их распаде.

В своих исследованиях (Герке—1937, Крюков—1937), на основании литературных данных и собственных наблюдений над особенностями феномена Штера, мы принимаем весь комплекс лимфо-эпителиальных образований в пищеварительной трубке как особую с и с т е м у, основная функция которой сводится к удалению переживающих форм лейко-лимфоцитов из крови и тканей организма.

Лимфо-эпителиальная система, таким образом, нами рассматривается как дополнение к кровеносной системе, сугубо необходимое для нормальной физиологической деятельности последней. Если учесть массовое пополнение крови молодыми формами лимфоцитов из лимфатической системы, лейкоцитами из миэлоидной ткани, то регуляция количества форменных элементов крови несомненно находится в зависимости от деятельности лимфо-эпителиальной системы—как целого.

Связь лимфо-эпителиальной системы со слизистой пищеварительного тракта указывает, что белковые тела и лецитин ядра переживающих форм лейкоцитов, удаленные из организма, видимо используются как питательный материал, подвергаясь распаду и перевариванию.

Мысль о выделении лимфо-эпителиальных образований пищеварительной трубки человека в особую лимфо-эпителиальную систему находит подтверждение во взглядах Шлеммера, который, исходя из морфологической организации, считает, что эти образования не могут быть причислены к лимфатическим узлам. Он указывает, что их организация и процесс лимфообращения отличны от таковых лимфатических узлов.

Необходимо указать, что изучение основной функции (удаление переживающих форм), раскрывая особенности организации этой системы, дает возможность понять ряд сопутствующих функций, на которые до сих пор в основном обращалось внимание исследователей. К ним относим: участие в процессе пищеварения, защитную роль и продукцию лимфоцитов в светлых центрах фолликулов.

Наши наблюдения над феноменом Штера.

В лаборатории нами проведено исследование морфологии эмигрирующих элементов у различных животных с целью подтверждения вышеуказанных предложений. Переходим к описанию наших предварительных данных.

Исследования, проведенные Л. М. Крюковым (1937) на кроликах различных возрастов (от новорожденного до двухлетнего) при употреблении различных фиксаторов и окраски препаратов раствором Гимза, показали, что в эпителиальном слое желудка имеются эмигрирующие лейкоциты и лимфоциты. Наряду з лимфоцитами, главным образом малыми, встречаются эозинофилы и нейтрофилы. Последние в исследованиях Самсонова не описаны.

Формы лейкоцитов, при прохождении через эпителиальный слой, претерпевали изменения дегенеративного характера. Сравнивая эмигрирующие клетки у базального отдела эпителиального слоя и у апикального отдела, можно отметить существенные отличия. По преимуществу клетки, расположенные в базальном отделе, являются вполне нормальными, со всеми характерными для них особенностями. По мере прохождения к апикальному отделу, клетки подвергаются дегенеративным изменениям, которые выражаются в сморщивании ядра и своеобразном смывании (распаде) протоплазмы.

Однако, удавалось встретить вышедшие в просвет желудка формы, которые внешне ничем не отличаются от таковых расположенных в основе слизистой. Подобное выхождение и дегенеративное изменение блуждающих элементов при прохождении через эпителиальный слой отмечаются в двенадцатиперстной кишке, тощей, подвздошной, толстой кишках и червеобразном отростке.

Характерно, что в местах расположения солитарных фолликулов и их агрегатов выхождение блуждающих элементов наиболее интенсивно. Эпителиальный слой настолько насыщен лимфоцитами, что его трудно отграничить от подлежащей основы слизистой. В поле зрения отмечается до 50 и более лимфоидных элементов, тогда как, удаляясь от этих скоплений, количество их доходит до 20—25.

В виде исключений, вместе с выходящими лимфоцитами и лейкоцитами выходят эритроциты. Они встречались в одной полости—ниже эпителия, вместе с измененными лимфоцитами. Интенсивность эмиграции оказывается различной в отдельных участках кишечника. Меньше всего эмиграция происходит в желудке. Наиболее она выражена в червеобразном отростке (в особенности в его лимфоидном отделе), затем—в двенадцатиперстной, тощей, подвздошной кишках и несколько меньше—в толстом кишечнике.

При голодании кролика, если оно длится продолжительный период (дней 7—8), значительно снижается количество блуждающих элементов, эмигрирующих через эпителий. В лаборатории были поставлены опыты кормления кроликов тушью в различных вариациях, причем в эпителиальном слое не было найдено лимфоцитов, содержащих

тушь. Поэтому утверждать, что лимфоциты, вышедшие из стенки кишечника, входят обратно, не представляется возможным.

Наблюдения над началом проявления феномена Штера у молодых животных показали интересные факты. Выхождение блуждающих элементов через эпителий желудка и всех отделов кишечника у новорожденного кролика не обнаружено. У однодневного кролика отмечены блуждающие элементы в тощей кишке. Во всех остальных отделах кишечника эмиграция ясно выражена, начиная с третьего дня внеутробной жизни. Причем из выходящих форм превалируют лимфоциты при относительно большом проценте лейкоцитов. Характерно, что дегенерирующие формы начинают появляться на 8—12 день внеутробной жизни.

Исследования по феномену Штера, проведенные П. Я. Герке у взрослой кошки, показывают, что в кишечнике превалирует выхождение лимфоцитов, среди которых отмечены дегенерирующие формы. В миндалинах превалирует выхождение сегментированных форм, что также в отношении собаки подтверждено аспирантом Э. И. Можджер. Дальнейшая задача нашего исследования заключается в изучении сравнительно анатомических особенностей, а также возрастных феномена Штера, с учетом локальных характеристик этого явления.

Мы считаем, что морфологическое изучение особенностей феномена Штера в различных возрастах, начиная от внутриутробного периода, даст возможность подтвердить наш взгляд на лимфо-эпителиальные образования, разбросанные в различных отделах кишечной трубки, как на лимфо-эпителиальную систему, с основной функцией выведения переживающих форм лейко-лимфоцитов. Это заставит клиницистов пересмотреть свое отношение к радикальному удалению таких „ненужных“ органов, как миндалины и червеобразный отросток. В деятельности лимфо-эпителиальной системы им принадлежит важная роль.

По принципу смены функций А. Дорна, мы можем считать рудиментарный червеобразный отросток слепой кишки, как отдел кишечника, изменивший в филогенезе функцию, которая в данное время сводится к отделению переживающих форм лимфоцитов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ[1].

Проф. Ю. М. Иргер.

Из госпитальной хирургической клиники Белорусского мединститута. (Директор-проф. Ю. М. Иргер) и из Белорусского института гематологии и переливания крови (Директор — доц. И. М. Стельмашонок, научный руководитель — проф. Ю. М. Иргер).

Одним из актуальных вопросов современной гематологии является раздельное изучение свойств консервированных форменных элементов и плазмы. На страницах печати изредка встречаются указания относительно применения человеческой плазмы для трансфузии. Однако, к этому вопросу необходимо подойти шире, так как имеются несомненные показания для раздельного применения глобулярной массы крови и плазмы. Если по вопросу о применении человеческой плазмы имеются отдельные работы, то вопрос о применении глобулярной массы почти не разрабатывался. При некоторых же видах анемий желательно вводить наибольшее количество форменных элементов.

С другой стороны, введение плазмы крайне желательно для борьбы с падением кровяного давления, так как плазма хорошо удерживается в кровяном русле.

Нам известны опыты Richet, согласно которым резко обескровленные животные выживают не только после трансфузии крови, но и после переливания плазмы, в то время как вливание всяких искусственных сред не оказывает эффекта. Смерть при кровопотерях в ряде случаев зависит не от недостатка эритроцитов, а от падения кровяного давления и нарушения внутритканевого питания. Кровопотери способствуют отливу из тканей протоплазматической жидкости в кровяное русло и вызывают тяжелое нарушение внутриклеточного обмена веществ; поэтому переливание плазмы является показанным. Исходя из этого, коллектив Белорусского института гематологии и переливания крови (Ю. М. Иргер, И. М. Стельмашонок, М. З. Гинзбург, З. С. Сосонкин, Л. А. Ханин, С. Ю. Розенталь) поставил себе целью изучить раздельно свойства глобулярной массы и плазмы, а также условия их консервирования.

При проведении этой работы мы встретились с трудностями, связанными с подбором наилучшей коллоидной среды для сохранения эритроцитов, а потому мы решили изучить действие ряда консервантов на глобулярную массу и плазму. Тщательно изучались

[1] Доклад прочитан на об'единенном заседании Об-ва хирургов г. Минска и Белорусского Института переливания крови 7 мая 1938 г.

биохимические (М. З. Гинзбург) и морфологические свойства консервированных форменных элементов и плазмы. Если задача консервирования плазмы была сравнительно нетрудной, то вопрос выбора наилучшего консерванта для сохранения эритроцитов оказался чрезвычайно сложным.

Наш материал составляет 139 опытов на собаках; причем раздельно изучались глобулярная масса и плазма, консервированные на жидкости ИПК, глюкозо-цитратном растворе, 6-процентном цитрате и 10-процентном растворе сернокислой магнезии. Изучались также изменения форменных элементов крови (эритроциты, лейкоциты, гемоглобин, формула, тромбоциты и ретикулоциты), реакция оседания и осмотическая резистентность эритроцитов, дыхательная их функция, колебания сахара, фосфатов, мочевой кислоты, резервная щелочность, белковый коэффициент, глютатион, калий, кальций. Глобулярная масса изучалась в течение 50 дней, а плазма—до 90 дней.

Эритроциты в консервированной глобулярной массе подвергаются быстрее гемолизу, нежели в цельной консервированной крови, а лейкоциты оказываются малоустойчивыми. Наиболее устойчивыми остаются лимфоциты; нейтрофилы являются мало устойчивыми и с 5-го дня подвергаются распаду. Тромбоциты и ретикулоциты уменьшаются в зависимости от срока хранения консервированной глобулярной массы. Реакция оседания эритроцитов ускоряется, что, повидимому, зависит от отсутствия плазмы.

Минимальная осмотическая резистентность эритроцитов, консервированных на 6-процентном цитрате и на жидкости ИПК, постепенно понижается и к 15—20 дню доходит до 1% хлористого натра. При консервировании же на глюкозо-цитратном растворе понижение до 1% хлористого натра доходит к 5—6 дню. Максимальная резистентность остается долгое время повышенной.

Кислородная емкость эритроцитов и функциональная активность гемоглобина постепенно уменьшается. Так, при консервировании форменных элементов на жидкости ИПК процент уменьшения кислородной емкости достигает на 10 день 29%, на 20 день—36%. Количество сахара уменьшается, а количество фосфатов и мочевой кислоты повышается. Уменьшается также количество общего глютатиона—восстанавливаемого и окисленного.

Консервированная плазма изучалась в течение 90 дней. При этом выяснилось, что гликолиз протекает активно, количество сахара падает, за исключением случаев консервирования ее на глюкозо-цитратном растворе. Фосфаты плазмы почти не изменяются; незначительные колебания наблюдаются также в содержании мочевой кислоты. С уменьшением срока консервирования понижается резервная щелочность плазмы; в изменениях калия и кальция определенной закономерности не наблюдается. Белковый коэффициент уменьшается; количество глобулинов увеличивается, а альбумина—уменьшается.

При консервировании плазмы на 10-процентном растворе сернокислой магнезии наблюдается раннее образование сгустков; иногда даже на 5—10 день плазма приобретает вид желе.

На основании вышесказанного можно притти к выводу, что в консервированных форменных элементах довольно быстро происходят изменения. Поэтому глобулярная масса, консервированная раздельно, может быть использована для переливания в течение первых дней после заготовки; консервированная же плазма, пригодная к переливанию, может храниться в течение продолжительного времени (2—3 месяца).

Наша дальнейшая задача заключается в подыскании наилучшего консервирующего вещества.

Поскольку плазма при соответствующих показаниях пригодна для переливания, мы ставим себе дальнейшей целью приготовить высушенную плазму, изучить ее свойства в зависимости от продолжительности хранения, а также найти подходящий растворитель. Трудности встретятся по пути изучения стерилизации подобной плазмы.

Если в отношении разработки методики переливания крови основные вопросы, хотя далеко не полностью, разрешены, то в вопросе изучения механизма действия перелитой крови имеется еще много пробелов. Нет сомнений в том, что в этом вопросе ведущей теорией является учение Богомольца о коллоидоклазическом шоке. У тех, кто вдумывается внимательно в его концепцию, возникают спорные вопросы, разрешение которых будет способствовать пониманию его учения.

Одним из таких спорных вопросов является изучение механизма действия иногруппных, несовместимых, а также гетерогенных переливаний крови, применяемых, разумеется, в небольших количествах. Подобные переливания в ряде случаев являются эффективными,— это показывают опыт и клиника, а также наши собственные наблюдения, о которых мы скажем несколько ниже. А ведь под влиянием введения малых доз иногруппной, несовместимой или гетеро—крови должны происходить явления частичного гемолиза, которые нередко дают положительный результат. Стало быть „польза гемолиза может считаться установленной" (Богомолец).

Разумеется, применяя подобные трансфузии, важно выработать правильные показания. Нами при анемиях такие трансфузии не производились, но наблюдающееся иногда улучшение кровяной формулы после применения иногруппных, несовместимых трансфузий, подтверждает роль эритродиереза, как фактора стимулирующего. Идея иногруппных переливаний крови зародилась случайно в ЦИПК, где ошибочно больному с кровоточащей язвой желудка влили 400 см^3 несовместимой крови. Наряду с резко выраженными явлениями коллоидоклазического шока наступило резко улучшение самочувствия, бодрость, появился аппетит, и больной легко перенес операцию резекции желудка. Спасокукоцкий сделал правильный вывод, что в данном случае мы имели дело с резко выраженным стимулирующим действием трансфузии, а потому он предложил применить этот метод в малых дозах, при соответствующих показаниях.

Нами также наблюдался аналогичный случай ошибочного переливания крови с хорошим эффектом.

Дело касается больного С., поступившего к нам с тяжелыми явлениями Бирмеровской анемии еще задолго до организации нашего института. Группа крови (АВ) ему была определена в другой лаборатории. Для переливания крови был выбран донор группы В. При переливании первых 100 см^3 у больного появилась на операционном столе сильнейшая реакция, побудившая нас отказаться от дальнейшей трансфузии. Лишь впоследствии выяснилось, что больной принадлежал к группе А, ошибочно же определенная ему группа АВ об'яснялась феноменом аутоагглютинации. Стало быть мы ему ошибочно перелили несовместимую кровь. Но каково было наше удивление, когда в дальнейшем гемоглобин и эритроциты стали быстро увеличиваться, и больной в хорошем состоянии был выписан домой.

Разумеется, переливать иногруппную кровь при строго выработанных показаниях, как свидетельствует опыт, можно, но нужно пользоваться малыми дозами; показания к переливанию иногруппной крови нужно ставить очень осторожно.

Наш материал иногруппных вливаний составляет 55 случаев, В среднем больным производилось около 5 переливаний крови. Таким путем мы провели около 250 вливаний иногруппной, несовместимой крови. Кровь бралась от доноров, а также и плацентарная, и переливалась преимущественно больным с самопроизвольной гангреной, язвенной болезнью желудка, пептической язвой тонкого кишечника и при трофических расстройствах (язвы).

В данной работе мы не касаемся подробного анализа наших наблюдений, так как 250 вливаний на 55 больных считаем недостаточным, тем более, что давность равна около полутора лет. Однако, предварительные наблюдения дают нам право сделать вывод об эффективности значительной части наших инфузий. Эффективность идет не только по линии суб'ективных и об'ективных улучшений, но и по линии наблюдавшегося иногда стимулирующего влияния на кроветворную систему.

Для лечения самопроизвольной гангрены было предложено много методов. Но к сожалению, ни один из них не обладал специфическим действием, так как мы до настоящего времени не знаем патогенеза этого страдания. Несколько лет назад мы стали применять в этом случае переливание совместимой крови, а в последнее время—иногруппной, несовместимой малыми дозами. Переливание совместимой крови вызывает коллоидоклазический шок в слабой степени, а при иногруппных вливаниях характер шока усиливается.

По теории Богомольца, среди продуктов распада встречаются такие элементы, которые активизируют жизненные функции клетки—питание, рост и размножение. Если считать, что продукты распада белков плазмы способны воздействовать на нервную систему и тем улучшить питание тканей, тогда механизм действия несколько проясняется.

Множественные операции, предложенные для лечения самопроизвольной гангрены, в ряде случаев дают такой же эффект, как некоторые консервативные методы. Имея значительный материал по самопроизвольной гангрене, мы за последнее время все больше и больше отказываемся от хирургических вмешательств, тем более, что после вливаний иногруппной крови мы наблюдали эффект не хуже, нежели после производства тех или иных вмешательств на нервной системе.

Наш материал трансфузии при самопроизвольной гангрене составляет 43 случая, причем 12 больным производились массивные переливания совместимой крови, а 31—вливания несовместимой, иногруппной крови. Из 31 больного, леченных иногруппными вливаниями, 11 выписались с хорошим результатом, 5—со значительным улучшением, 6 получили некоторое улучшение, а 9 выписались без эффекта. Этим больным произведено было около 150 вливаний (Сосонкин).

Среди многих теорий, предложенных для выяснения патогенеза язвенной болезни желудка, неврогенная занимает далеко не последнее место. На почве нарушения вегетативной нервной системы изменяется клеточный и тканевой обмен, что ведет к извращению кровообращения и созданию местных условий для развития язвенной болезни желудка. Воздействовать на нервную систему возможно разными факторами, в том числе и неспецифической терапией, что доказано уже давно. Одним из таких факторов неспецифической терапии и является вливание иногруппной крови.

Мы не собираемся пока делать выводы относительно 80 вливаний иногруппной крови, произведенных 17 больным с язвенными болезнями желудка, 12-перстной кишки и тонкого кишечника. Но предварительные данные дают основание считать, что в соответствующих случаях применение этого метода находит свои оправдания. Наши больные во время лечения не придерживались специальной язвенной диэты, тем не менее у некоторых из них ниши исчезали, а у других

хотя ниши и оставались, наступило резкое улучшение состояни здоровья, выразившееся в исчезновении или в ослаблении болей рвот, отрыжек и других диспептических явлений.

После введения иногруппной, несовместимой крови в большинстве случаев возникала реакция, степень и продолжительность которой зависела от быстроты инфузии крови, а также от индивидуальной особенности того или иного организма. Реакция сопровождалась сосудистыми расстройствами—гиперемией кожи тела, скоропроходящими явлениями затрудненного дыхания, одышкой, а иногда болями в пояснице и в конечностях. Однако, через несколько минут эти явления проходили. Нередко несколько позже появлялся озноб, сопровождавшийся температурной реакцией. Продолжительность реакции варьировала от нескольких минут до нескольких часов. Никаких осложнений от применения указанного метода мы не наблюдали. Лишь у одного больного, после повторного вливания крови, мы получили резко выраженную реакцию, побудившую нас отказаться от применения этого метода. У некоторых больных вообще реакция не наблюдалась.

Для вливания мы пользовались кровью доноров, а также плацентарной кровью. Особой разницы в реакции мы не наблюдали.

В методе вливания иногруппной крови мы видим новое средство, способное оказать благоприятный эффект при некоторых патологических процессах, но, разумеется, оно не является универсальным. Необходимо дальнейшее тщательное наблюдение для окончательного суждения об его эффективности.

Уже давно известно, что одним из препятствий массового введения большого количества крови является перегрузка правого сердца. Для борьбы с большими кровопотерями разрешение этой проблемы имело бы актуальное значение. Выходом из положения явилось предложение воспользоваться капельными переливаниями крови. Оно основывалось на опыте капельного вливания больших количеств физиологического раствора. Показанием для капельных переливаний могут служить не только постгеморрагические анемии до- и послеоперационного периода, но и необходимость осторожного введения крови больным с заболеванием сердца.

Впервые капельные переливания крови большими количествами были предложены англичанами Мариоттом, Кеквиком и Кембом, которым в течение двух суток удавалось вводить до 5 литров крови и поднять гемоглобин на 40—50%. Отдельные сообщения были сделаны работниками ЦИПК и клиникой им. Герцена. Лишь недавно опубликован материал о 50 капельных переливаниях, принадлежащих Юдину, который этим путем в до- и послеоперационном течении, пользуясь трупной кровью, вводил от двух до шести литров и получал поразительные результаты в борьбе с анемиями.

Этот весьма ценный метод нашел отражение и в нашей работе. Мы его применяли 46 раз преимущественно у тяжелых больных в до- и послеоперационном течении. Иногда приходилось повторно прибегнуть у одного и того же больного к капельному переливанию. Пользуясь донорской кровью, мы могли вливать до одного литра, а в смеси с глюкозой или солевым раствором общий об'ем вводимой жидкости доходил до 1500 см^3, с продолжительностью до 10—12 часов.

Мы не сомневаемся, что в ближайшее время сумеем увеличить при соответствующих показаниях общий об'ём вводимой крови, ис-

пользуя плацентарную кровь. Никаких осложнений от применения этого метода мы не наблюдали; но при этом необходима организация контроля во время трансфузии, во избежание попадания воздуха в кровяное русло.

Кровь мы согреваем с помощью прожектора, установленного на определенном расстоянии от нашего аппарата. Не останавливаясь на предложенных методах теплорегуляции вводимой крови, я считаю нужным привести мнение Юдина о том, что „теплота тела больного подогревает медленно протекающую в резиновой трубке кровь до нормальной температуры".

В отличие от других авторов, мы вводим кровь в v. Saphena у лодыжки стопы. Метод этот очень удобен, так как в течение всего времени производства трансфузии верхняя конечность освобождается от тягостного и продолжительного фиксирования.

Реакция после применения капельной трансфузии несомненно мягче, нежели после массивных; лишь в одном случае мы наблюдали резко выраженную реакцию. Капельные переливания крови безусловно влияют благотворно на качественный состав крови и на общее состояние больных. Кровяное давление равномерно и постепенно повышается. В большинстве случаев мы пользовались сливным переливанием. Мы не сомневаемся, что этот метод при соответствующих показаниях найдет применение.

Касаясь применения переливания крови от универсального донора, мы считаем, что этот вопрос является в настоящее время актуальным. На основании нашего большого опыта переливания цитратной и консервированной крови, мы пришли к выводу, что пользование кровью универсального донора не опасно. Одноименные переливания желательны при некоторых видах анемий.

Мы ни разу не видели осложнений, пользуясь переливанием крови от универсального донора, а также от переливания крови групп А и В реципиентам АВ. Некоторые наши лечебные учреждения, находясь под впечатлением неправильных работ Ленинградского института переливания крови, постоянно требовали в БИПК кровь для одноименных переливаний. Разумеется, группа крови, реакция на совместимость и биологическая проба должны быть проверены. Более детально этот вопрос, на основании данных нашего института, разрабатывает доц. Стельмашонок.

Нужно так же учесть и падение титра консервированной крови при ее хранении. Касаясь вопроса изготовления агглютинирующих стандартных сывороток, мы считаем нужным указать, что основным сырьем является в настоящее время ретроплацентарная кровь. Если вопрос о материале для агглютинирующих сывороток до некоторой степени получил уже свое разрешение, то сохранение на длительный срок этого материала требует дальнейшего изучения.

Актуальной задачей является изыскание такого консервирующего вещества, которое бы на длительный срок предохраняло сыворотку от прорастания и одновременно не меняло бы ее физико-химических качеств—цвета, прозрачности, а также не снижало бы титра. Широко применяемая борная кислота, вследствие слабого стерилизующего действия этого консерванта, нас не может удовлетворить. Правда, заметного снижения титра при консервировании борной кислотой не отмечено.

Сотрудниками БИПК (Розенталь и Зибцигер) изучаются в настоящее время два антисептических вещества: бактерицид и хинозоль.

Полученные уже нами ориентировочные данные показывают, что эти консерванты не снижают титра сывороток и их стерилизующее действие во много раз превосходит борную кислоту.

Другой задачей является изучение вопроса высушивания агглютинирующих сывороток и их практическое применение (Розенталь, Шикавко). Такие сыворотки имеют ряд преимуществ: 1) возможность использования большого количества забракованного сырья (вследствие его прорастания), хотя и высокого титра, 2) удобство хранения и транспортировки, 3) более длительная сохранность титра сухой сыворотки.

Методика высушивания сыворотки в основном освоена. Широкому применению такой сыворотки мешает неполная растворимость порошка, а отсюда и отсутствие прозрачности раствора.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 6 1938 г.

О ТЕХНИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧА В ОБЛАСТИ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИФИЗА ЕГО.

Проф. М. Н. Шапиро и д-р Р. М. Минина.

Перелом лучевой кости в дистальном конце своем является самым частым видом перелома кости. Эта частота и дала повод назвать эти переломы „переломами луча в типичном месте“.

Основательно изученный со времен впервые его описавшего в 1783 г. Путо, перелом этот, с введением рентгеновского метода исследования, подвергся еще более подробному изучению. И сейчас, можно с уверенностью сказать, что механизм образования его, клиника, течение и терапия разобраны во всех деталях.

Казалось бы, что в настоящее время созданы все условия для того, чтобы результаты лечения этого вида перелома были блестящими. Однако более близкое изучение материала поликлиник и других лечебных учреждений приводит к совершенно обратным результатам. Огромное большинство больных, присылаемых в ортопедическое отделение ГИФОН'а на „долечивание“, прибывает с контрактурами, подчас с деформациями, на исправление которых обыкновенно уходит много времени. Контрактуры имеются не только в лучезапястном суставе, но и в пальцах, в локтевом суставе, а часто и в плечевом. Значительный процент больных поступает с деформированным лучезапястным суставом, свидетельствующим о том, что вправление либо совсем не производилось, либо не было доведено до конца.

В свете проблемы лечения переломов лучевой кости и результатов этого лечения, не лишены интереса цифры ортопедической клиники (ГИФОН), представляющие наш материал за последние пять лет. За этот срок через клинику прошло 413 случаев перелома луча в типичном месте. Из них 66 случаев—с давностью от нескольких часов до трех суток, и 347—поздних, т. е. либо совсем не леченных, либо леченных в других поликлиниках и больницах и присланных для „долечивания“.

Причинами, по которым больные направлялись или сами обращались в ортопедическую клинику, были следующие: боли в предплечьи и кисти, упорно не исчезающая отечность, потеря силы в пальцах, а главным образом—тугоподвижность, нередко переходя-

щая в контрактуру, в различных суставах поврежденной конечности и, наконец, деформация в разной степени. Так, мы имели:

тугоподвижность в лучезапястном суставе	79	случаев
" " " " и пальцах	149	"
" " " " и локтевом	53	"
" " " " и плечевом	22	"
деформации лучезапястного сустава разной степени	41	"
парезы лучевого нерва	3	"

Методы лечения, которые применялись больными были следующие: при том или ином методе обезболивания было произведено вправление отломков в 93 случаях; в 156 случаях вправление было сделано без обезболивания; в остальных 98 случаях для вправления ничего не было предпринято, лишь предплечие и кисть были фиксированы повязкой. Повязки накладывались следующих типов:

гипсовые лонгеты	—	146	раз
циркулярные гипсовые повязки		62	"
фиксация лубками	—	38	"
крахмальные повязки	—	9	"
марлевыми бинтами	—	7	"
проволочной шиной	—	8	"
лечение компрессами	—	8	"
лечение растираниями	—	7	"

В остальных 62 случаях нет указания в истории болезни на метод лечения. В 67% всех случаев перелома луча в типичном месте повязка накладывалась таким образом, что пальцы в пястно-фалангеальных суставах также оказывались захваченными повязкой. Сроки, на которые накладывались повязки, самые разнообразные: от одной недели до восьми недель. И конечно, чем дольше больной носил иммобилизующую повязку, тем продолжительнее было и последующее „долечивание", которое, по существу, сводилось к лечению нового заболевания, а именно, тугоподвижности и контрактур.

Незачем добавлять, что сроки пребывания этих больных на бюллетене достигали огромных цифр. Это и побудило нас еще раз фиксировать на этом старом, но все еще новом вопросе внимание нашего читателя.

Лечение переломов в типичном месте не требует никаких специальных аппаратов для вправления. Достаточно умелой ручной репозиции и правильной фиксации отломков, чтобы такое леченне увенчалось хорошим анатомическим и функциональным результатом. По нашим данным, переломы лучевой кости в типичном месте вызываются чаще всего бытовой травмой (около 75%). У пожилых людей и женщин этот перелом встречается чаще, чем в молодом возрасте и у мужчин. В детском возрасте он встречается очень редко, а у подростков при травме происходит чаще смещение эпифизов лучевой и локтевой кости (эпифизиолиз), чем перелом.

Механизм происхождения этих переломов в подавляющем большинстве случаев состоит в том, что человек, падая во время ходьбы, инстинктивно вытягивает вперед одну или обе руки, чтобы ослабить силу падения тела, и предплечье попадает между двух сил—сопро-

тивлением земли и инерцией падающего тела. Кисть в этом случае находится в положении тыльной флексии, и дистальный отломок луча смещается в дорзальном и радиальном направлении. В резуль-



Рис. 1.



Рис. 2.

тате, получается известная штыкообразная деформация (Smith). Гораздо реже наблюдается смещение дистального отломка в волярном направлении. Этот вид перелома получается при падении на волярно согнутую кисть. В этом случае штыкообразная деформация отсут-

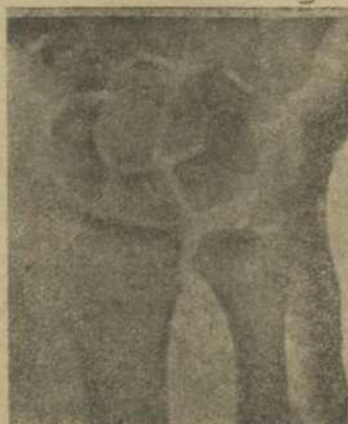


Рис. 3.



Рис. 4.

ствует, а имеется обратная деформация—инвертный тип Гойрана (рис. 1—4). Первый вид перелома встречается как правило, второй—как исключение.

При сравнительно стандартном механизме возникновения описываемого перелома, виды его очень многообразны. Переломы могут быть непосредственно за суставом, т. е. внесуставными, но могут быть и внутрисуставными. Линия перелома может итти перпендикулярно к длиннику лучевой кости, может быть и под углом к нему—

от шиловидного отростка вниз к межкостной фасции. Смещение, столь характерное для этих переломов может иногда отсутствовать. Часто наблюдаются случаи, где смещение имеет характер вколоченного перелома. Наконец, эти переломы бывают часто неполными.

Внутрисуставные переломы наблюдаются в виде частичных переломов, вернее отрывов внутреннего или наружного края луча. Наблюдается иногда параллельно с поперечным переломом раскалывание отломленного участка, так что линия перелома принимает либо форму римской цифры V, либо Y. Все они являются результатом одного и тоже механизма перелома, только разной силы и разных положений при падении.

К числу осложнений при переломах луча в типичном месте относятся:

1. Отрывы шиловидного отростка локтевой кости. Они встречаются настолько часто, что их можно рассматривать, как составную часть этого перелома. Иногда шиловидный отросток смещается очень далеко от локтевой кости; это—в случаях со значительным смещением в основном месте перелома. По нашим данным, это осложнение встречается в 48% случаях, по Colles—78%, по Томп—71%.

2. Разрывы различных связок, как-то лучевой, локтевой, наружной, боковой и др.

3. Переломы костей запястья—при очень значительных переломах луча.

4. Повреждение нервов. Дельбе и Кеню, Дэсто и другие описали повреждение срединного и локтевого нервов при переломе луча. Турнер указывает на сравнительно частое ущемление в костной мозоли ветви n. interosseus dorsalis; это повреждение нерва сопровождается упорным отеком кисти, болями и рядом дистрофических процессов в костях предплечья и кисти. Наконец, к более поздним осложениям нужно отнести разрыв разгибательного сухожилия большого пальца; последнее осложнение было отмечено Волковичем, а в 1930 г. один такой случай описан сотрудником нашего института—д-ром Хургиным.

Признаками типичного перелома луча, кроме боли и большей либо меньшей отечности в области перелома, является: ограничение и ослабление сгибательной силы пальцев и сгибания в лучезапястном суставе. Появляется характерная деформация, выражающаяся в том, что тыльная поверхность предплечья и кисти изменяется в смысле тыльного смещения кисти вместе с дистальным отломком луча, что ведет к образованию штыковидного выступа; французы сравнивают эту деформацию со спинкой вилки. Головка локтевой кисти вследствие этого выпячивается наружу, и вся кисть получает направление в радиальную сторону.

Многогранность форм перелома луча в типичном месте делает диагностику этой травмы легкой только при типичных изменениях. Все же остальные формы этого перелома могут быть распознаны во всех деталях лишь при помощи рентгеновского снимка. Последний должен производиться, как правило, в фасном и профильном направлениях. Только тогда могут быть в совершенстве изучены форма перелома и характер смещения отломка. Желательно, чтобы профильный снимок производился так, чтобы прилегала к пластинке или пленке поврежденная лучевая кость, а не локтевая. Нередко болевые ощущения, испытываемые больным при таком положении руки, препятствуют производству снимка. Тогда рука кладется на

пленку локтевой стороной, причем снимок в четкости воспроизведения повреждения безусловно страдает.

В учении о лечении переломов костей в последние годы проходит красной нитью правило, что вправлять переломы следует немедленно после того, как они произошли. Всякое промедление с вправлением значительно усложняет последнее, так как кровоизлияние, отек и сокращение мышц являются помехой к вправлению уже со 2-го—3-го дня после травмы. Это правило относится полностью и к переломам луча.

Второе правило—вправлять переломы следует всегда под тем или другим видом обезболивания. Наша клиника придерживается общего наркоза, который в большинстве случаев ограничивается эфирным раушем. Местное обезболивание в виде 10—15 см³ двухпроцентного раствора новокаина, предлагаемое Белером, мы считаем нецелесообразным по трем причинам: 1) оно не всегда эффективно, 2) введением в свежее кровоизлияние между отломками раствора новокаина мы можем изменить свойство гематомы, как фактора, организующего дальнейшее срастание кости, и 3) гораздо лучше и менее травматично для больного—вправлять перелом без участия психики больного в этом деле.

Наконец, третье правило—это, вправив отломки, фиксировать их так, чтобы при полной неподвижности их оставить свободными возможно большее количество суставов, которым должна быть обеспечена значительная функция, т. е. возможность двигать ими в той или иной степени. Такой метод фиксации отломков называется функциональным; отсюда и весь комплекс лечения носит название—функционального.

Если проверить в отношении вышеприведенных 347 больных,—выполнялись ли эти правила, нужно констатировать обратное. Правильное вправление отломков под наркозом произведено только у 93 больных (26,8%). В остальных 254 случаях (73,2%) вправление вовсе не производилось, либо делалось без обезболивания. А это допускает даже известную часть случаев без смещения, где, следовательно, и не нужно было делать вправление,—фактически приводило к сращению переломов в неправленном виде, т. е. к стойкой деформации со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Но еще гораздо печальнее выглядят результаты от несоблюдения третьего правила. В тех случаях, где повязка фиксировала пальцы, наступала тугоподвижность во всех фалангеальных суставах кисти. Следующим, не менее тяжелым, осложнением является контрактура в локтевом и плечевом суставах, зависящая от фиксации локтевого сустава, а чаще всего—благодаря отсутствию активных движений в этих суставах с первых же дней после повреждения.

При ортопедической клинике нет травматологического пункта. Поэтому количество свежих случаев перелома луча в типичном месте, обратившихся за помощью в ортопедическую клинику непосредственно, не велико—всего 66 случаев. Из них в возрасте 20 лет—11 случаев, от 20 до 40 лет—19 случаев, остальные же 36 случаев приходятся на возраст от 40 лет и выше. Отсутствие смещения отломков в 22 случаях позволило нам обойтись без обезболивания и без вправления, в остальных же 44 случаях, где рентгеновский снимок указывал на смещение отломков, больные подвергались вправлению.

Вся техника такого вправления, разработанная в нашей клинике, представляется в следующем виде. По изготовлении рентгеновского снимка в двух направлениях, на основании которого принимается решение—вправить перелом, больной укладывается на стол. Вправление производится под эфирным раушем. В то время, как ассистент держит больную руку, согнутую в локте, за нижнюю треть плеча, вправляющий, держа одной рукой предплечье, второй—вытягивает кисть до тех пор, пока отломки не станут свободно двигаться под руками. Тогда большой палец руки, тянущей за кисть, кладется на тыльную поверхность дистального отломка, и энергичным давлением в сторону ладонной поверхности дистальный отломок вправляется на место. Момент вправления документируется исчезновением радиального приведения кисти и торчащей из-под кожи головки локтевой кости, а также тем, что конфигурация кисти принимает нормальное положение.



Рис. 5.

Раз вправленные отломки в большинстве случаев не имеют наклонности соскальзывать. В случаях, где рентген обнаруживает вколоченный перелом без смещения, бывает достаточно, также под наркозом, энергично растянуть отломки той же тягой за кисть, как и при переломах со смещением. Исчезновение радиального приведения кисти служит знаком удачного вправления перелома.

Фиксация вправленных отломков производится гипсовой лонгетой, которая охватывает предплечье и кисть так, что повязка покрывает тыльную, радиальную и частично ладонную поверхности предплечья и лучезапястного сустава и оставляет свободными все пальцы руки. Таким образом, повязка покрывает руку от локтевого сгиба до пястно-фалангеальных сочленений четырех пальцев, оставляя на большом пальце свободным пястнозапястное сочленение. Также свободна от повязки и большая часть ладонной поверхности предплечья. (см. рис. 5).

Положение, в котором кисть и предплечье фиксируется после вправления, было еще недавно предметом оживленной дискуссии. Одни предлагали переводить кисть в положение тыльной флексии, для расслабления разгибателей кисти и пальцев. Другие считали более правильным ладонное сгибание кисти. И, наконец, третьи предлагали кисть фиксировать в среднем положении, т. е. в таком, когда она составляет продолжение оси предплечья. Мы фиксируем ее в положении незначительной ладонной флексии с небольшим ульнарным отведением; в этом положении создаются наилучшие условия для правильного стояния отломков.

Срок, на который накладывается повязка, устанавливается в зависимости от самых разнообразных причин. Тяжесть перелома, возраст, рентгеновская картина—все эти моменты определяют срок пользования гипсовой повязкой, каковое отнюдь не должно быть шаблонным: у подростков и молодых—от 10 до 15 дней, у пожилых людей—от 15 до 20 дней; при оскольчатых переломах повязка должна

лежать до 25 дней. Этот срок можно считать предельным для срастания отломков в типичном месте.

С момента, когда повязка высыхает, больной начинает ежедневно делать активные движения всеми суставами пальцев, а также в локтевом и плечевом суставах. Эти упражнения особенно нужны для лиц пожилого возраста, и в период лечения переломов мы придаем им исключительное значение. Одной из самых тяжких погрешностей в деле лечения переломов луча мы считаем то обстоятельство,что врач подчас ограничивается одним вправлением и фиксацией, не пожертвовав еще пятью минутами для инструктажа больного о его дальнейшем самолечении. Эти упражнения являются одним из важнейших методов предупреждения контрактур, тугоподвижности и потери трудоспособности.

Естественно, что после снятия повязки почти у каждого больного можно обнаружить ограничение движений в суставах поврежденной конечности. Но эти движения обычно восстанавливаются в течении 8—10 дней, после нескольких теплых ванн, массажа и активных упражнений. Таким образом, срок восстановления трудоспособности составляется из 18 дней (в среднем) фиксации отломков и 12 дней последующего лечения.

В этом отношении не безинтересным является сравнение сроков возвращения к работе больных, присланных к нам на „долечивание", и тех больных, которые с момента перелома обращались непосредственно в ортопедическую клинику. В первом случае срок возвращения к работе определяется в среднем двумя месяцами; все же 66 больных, леченных в ортопедической клинике, вернулись к работе через месяц (в среднем).

Следует еще указать, что из 347 больных, бывших в ортопедической клинике на „долечивании", 53 были переведены на инвалидность, вследствие стойких деформаций конечностей.

Наши данные по сроку восстановления трудоспособности совпадают с данными ряда травматологических клиник (Гориневская, Кефер, Ситенко и др.) и могут считаться вполне удовлетворительными как в смысле восстановления анатомических соотношений, так и в отношении восстановления функции в наиболее короткий срок.

Статистические наблюдения показывают, что техника лечения перелома луча в типичном месте улучшается с каждым годом, многочисленные осложнения уменьшаются, сроки восстановления трудоспособности укорачиваются. Все-таки ежегодно через ортопедическую клинику проходит значительное количество больных (особенно в пожилом возрасте), обязанных своими страданиями не травме, а результатам неправильного, шаблонного лечения.

Вот почему хирурги, ортопеды и травматологи должны владеть всеми современными методами лечения переломов, при которых обеспечено полное восстановление трудоспособности пострадавшего в кратчайший срок.

НАБЛЮДЕНИЯ НАД ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА.

Доц. М. И. Коваленок.

Из 1 Терапевтической клиники Белорусского мединститута (Директор— проф. С. М. Мелких).

Давно отмеченное наблюдательными клиницистами и казавшееся ранее непонятным явление запаха мочи изо рта у тяжелых почечных больных, с нарушенным азотистым обменом,—теперь представляется совершенно ясным и неизбежным во всяком случае, где поражена почка и хотя бы относительно нормален желудок. Углубленное изучение нормальной и патологической функции желудка неопровержимо показало, что нет желудка, как изолированного органа, лишь производящего предварительную обработку и подготовку пищи для кишечного пищеварения, а есть важнейший в экономике организма паренхиматозный орган, играющий чрезвычайно большую роль в пищеварении, обмене веществ, кровотворении и имеющий функцию не только секреторную, всасывательную, но и экскреторную. И особенно ясно об экскреторной функции желудка свидетельствует наличие в желудочном соке здоровых людей мочевины, мочевой кислоты, аммиака, остаточного азота и хромоскопические исследования (Глеснер и Витгенштейн, Лурия с его учениками и др.).

Рассматривая желудок, как важнейший орган, который часто подвергается всяким вредным воздействиям различными токсическими продуктами внутренних и наружных заболеваний человеческого организма, особенно в свете учения об элиминационном гастрите, мы занялись три года назад изучением состояния желудка—его секреторной, экскреторной и химической функций при различных заболеваниях. Мы задались целью установить степень его страдания при этих заболеваниях, выяснить роль гуморальных факторов и выявить диагностическое значение хромоскопии в общем комплексе многочисленных клинических и лабораторных исследований желудочных больных, причем пришли к довольно определенным выводам, которыми и хотим поделиться.

Мы изучали различных больных—желудочных, печеночных, почечных, больных холециситом, анемией Бирмера и др. У всех наших больных мы детально исследовали желудочный сок комбинированным способом с хромоскопией, фекальные массы, кровь и т. д., всем производилась рентгеноскопия. Мы желали выяснить следующие вопросы:

1. Обладает ли желудок экскреторной функцией вообще.
2. Является ли экскреторная функция желудка параллельной функции секреторно-химической.

3. Насколько ценной является хромоскопия желудка с точки зрения диагностической для отличия органических заболеваний желудка от функциональных.

4. Подтверждает ли хромоскопия желудка учение об элиминационном гастрите, как о гастрите в результате воздействия на желудок гуморальным путем различных эндогенных и экзогенных токсических продуктов.

Нами были исследованы больные гастритом—26 чел., язвой желудка и 12-перстной кишки—33 чел., анемией Бирмера—7 чел., раком желудка и поджелудочной железы—13 человек, пиэлитом—16 чел., холециститом—13 чел., острым паренхиматозным гепатитом—5 чел., циррозом печени—8 чел., а всего 121 больной.

Прежде чем рассматривать наш материал и делать те или иные выводы, мы хотим остановиться на литературе по указанному нами вопросу. Все авторы, занимавшиеся исследованиями экскреторной функции желудка хромоскопией, к сожалению, не дают единого мнения о диагностическом значении хромоскопии, об отношении экскреции к химизму желудка и т. д. Лурия, например, говорит: „Уже Глеснер и Витгенштейн установили, что выделение нейтральрота, введенного парентерально, происходит тем позднее, чем ниже кислотность желудочного сока. Наши многочисленные наблюдения, подтвердившие эти данные, дали нам возможность...“ Цвилиховская сообщает: „Клинические и экспериментальные данные указывают на наличие параллелизма между секреторной и экскреторной функциями желудка“. Лихт утверждает: „Экскреторная функция желудка не всегда идет в ногу с секрецией железистого аппарата и не находится в тесной зависимости от высоты кислотности желудочного сока“.

Таким образом, уже и приведенные данные ясно показывают, насколько еще противоречивы существующие взгляды на указанные важные вопросы и как трудно еще делать определенные выводы из этих литературных данных, особенно с точки зрения диагностического значения хромоскопии.

К чему же привели наши данные? Указанные 121 больной имели следующую картину желудочного сока, исследованного по методу Калька-Катча с хромоскопией:

ахилию и гипохилию—66 чел. (54,5%)
нормальную и повышенную кислотность—55 чел. (45,5%).

При исследовании же хромоскопией желудка найдено, что
нейтральрот выделился у 97 больных—80,2%,
нейтральрот не выделился у 24 больных—19,8%.

Мы думаем, что уже и приведенные материалы говорят довольно определенно о том, что никакого параллелизма между секрецией и экскрецией желудка установить нельзя. Следовательно, нельзя говорить о каком-либо диагностическом значении на основе наличия или отсутствия параллелизма между секрецией и экскрецией желудка в том или ином случае, так как в то время, когда ахилия нами найдена у 35% больных, отсутствие введенного парентерально нейтральрота оказалось всего лишь у 19%. Эти факты говорят сами за себя.

Но, предположим, что можно возразить и сказать, что нельзя об'единять секрецию и экскрецию больных различных групп заболеваний, особенно таких, как больные язвенной болезнью, пиэлитом,

гастритом, гепатитом, анемией Бирмера и раком, делая общий вывод об их секреции и экскреции; нельзя потому, что все эти больные резко разнятся между собой по своему характеру заболевания, течению, этиологии, клинике и степени поражения функций желудка. Правда, нам кажется, что таким путем этих больных анализировать можно. Но поскольку такие возражения могут быть, то посмотрим, что же собой представляют данные исследования наших больных по каждой группе в отдельности.

Гастритиков изучено нами 26 челове·, из которых: а) ахилию и гипохилию имели 15 человек, т. е. 57,7%, б) нормальная и повышенная кислотность наблюдалась у 11 человек, т. е. 42,3%. Из этих цифр мы видим, что почти 58% больных гастритом страдают сниженной секреторной функцией, причем у 42,3% она снижена резко, т. е. до ахилии. Это вполне понятно, так как гастрит есть тяжелое органическое заболевание и при нем не может не страдать секреция. А раз это так, то, придерживаясь точки зрения Цвилиховской, мы должны были бы получить во всей группе гастритиков с недостаточной секреторной функцией соответственную картину и в функции экскреторной. Но, оказывается, что на деле это бывает не совсем так:

нейтральрот выделился замедленно у 13 гастритиков—50%
нейтральрот не выделился у 5 гастритиков—19,2%
нейтральрот выделился нормально у 8 гастритиков—30,8%

Получается, что в то время, как ахилия занимает среди гастритиков 42,3%, нейтральрот не выделяется только у 19,2%, т. е. в своей значительной части (23,1%) ахилики выделяют нейтральрот. Это ясно показывает, что параллелизм между секрецией и экскрецией бывает довольно редко. А если еще добавить, что нередко нейтральрот выделяется замедленно при гиперсекреции и ускоренно выделился в 4 случаях гастритиков с резкой гипохилией, то становится совершенно ясно, что секреция и экскреция идут довольно часто не параллельно; это надо иметь в виду и при диагностике.

Самым же характерным в этом деле мы считаем то, что в подавляющем большинстве случаев (69,2%) нейтральрот при гастрите выделяется замедленно и часто даже вовсе не выделяется. Это имеет большое диагностическое значение для отличия гастрита от функциональных заболеваний, при которых нейтральрот, по нашим данным, выделяется нормально и которые часто диференцировать трудно.

Теперь посмотрим данные о 33 больных язвой желудка и 12-перстной кишки: а) ахилия и гипохилия найдена у двух человек (6%), б) нормальная и повышенная кислотность—у 31 чел. (94%).

Эти результаты показывают, что язва желудка и 12-перстной кишки дает только в 6% случаев ахилию. А если бы экскреция шла параллельно секреции, то около 6% язвенных больных должны были бы дать и отсутствие нейтральрота. Но это тоже не совсем так. Нейтральрот выделялся у всех 100% наших язвенных больных, у которых наличие язвы подтверждено не только клинически, но рентгенологически, а у многих при оперативном вмешательстве. Зато весьма характерным является то, что, по нашим даным, в 82% случаев нейтральрот выделяется замедленно. Это подтверждает, с одной стороны, большую роль гастрита в происхождении язвы и,

с другой стороны,—значение определения хромоскопии для отличия язвы от функциональных заболеваний желудка.

Возьмем теперь наших 16 больных острым и хроническим пиэлитом и посмотрим, как выглядит у них хромоскопия, так как, с нашей точки зрения, желудок при пиэлите страдает особенно часто. Оказывается, что нейтральрот совершенно не выделился у двух из этих больных, а замедленно выделился у 9. Другими словами, в 70% случаев он выделяется ненормально. Это опять-таки говорит о значительных страданиях желудка при пиэлите, о чем мы уже писали в свое время.

Анализ же случаев, в которых нейтральрот не выделился при пиэлите вовсе и где он появился ускоренно, показывает, что не выделился он в обоих случаях при максимальной кислотности: в одном случае 30 свободной и 44 общей и во втором при 58 свободной и 72 общей; в двух же случаях резкой гипохилии он выделился ускоренно. Эти данные снова подтверждают, что параллелизм между секрецией и экскрецией наблюдается далеко не всегда и что отсутствие нейтральрота еще не должно говорить за рак, как это пытались утверждать некоторые.

Почти те же данные мы получили и при исследовании наших 13 больных холециститом; из них ахилию и гипохилию дали 80% больных, нейтральрот же выделился в 77,3% случаев замедленно, а у двух больных не появился совершенно. Причем не появился он у больных при полном отсутствии каких бы то ни было подозрений на рак, и один из этих случаев имел кислотность желудочного сока: свободную 65 и общую 70.

Особенно интересны, с нашей точки зрения, наши данные у 13 больных с острым и хроническим гепатитами. Существует мнение (Кончаловский), что в этих случаях особенно страдает желудок и рано дает картину гастрита. По нашему мнению, это бывает не так уже часто. Исследуя подробно у этих больных желудочный сок по методу Калька-Катча с хромоскопией, мы у этой группы больных получили ахилию только у 9%, а выделение нейтральрота во всех случаях, за исключением двух случаев далеко зашедшего цирроза, где краска не выделилась. Во всех же остальных случаях и цирроза и острого гепатита он выделялся совершенно нормально. Это снова подтверждает, что очевидно не так уж часто ведет к элиминационному гастриту не только острый гепатит, но даже и цирроз печени, так как желудок у них выглядит менее пораженным, чем даже при пиэлите и холецистите.

Также подверждаются данные отсутствия параллелизма между секрецией и экскрецией, невозможности ставить диагноз рака на основании невыделения нейтральрота и на наших 7 больных пернициозной анемией, где ахилия получена во всех 7 случаях, но нейтральрот получен только в двух, причем 5 случаев с непоявившимся нейтральротом прекрасно поправились от лечения печенкой и выписались; эти данные еще лишний раз подтверждают тяжелые страдания желудка при пернициозной анемии и возможно страдающего в первую очередь, но не злокачественного характера.

Наконец, нам осталось еще рассмотреть последнюю группу в 13 больных, т. е. больных раком желудка и поджелудочной железы. У этих больных ахилия найдена нами в 82% случаев, а нейтральрот выделился только в одном случае, т. е. отсутствовал он в 91% случаев, хотя мы имели среди них и такие два случая, где

кислотность была значительно повышенной, в то время как нейтральрот в желудке не появился в течение двух часов.

Не удалось нам подтвердить и выводы Лихта в отношении рубцевого стеноза привратника, при котором будто нейтральрот в подавляющем большинстве отсутствует. Мы имели 9 больных стенозом желудка, из которых 4 рубцевых и 5 злокачественных на почве рака желудка и pancreas, подтвержденных хирургами, но у которых выделился нейтральрот во всех случаях при доброкачественных стенозах совершенно нормально, при двух злокачественных—замедленно и только в остальных трех случаях ракового стеноза-—совсем не появился.

Таким образом, в итоге длительного изучения нами разнообразного материала как желудочно-кишечных больных (рак, гастрит, язва), так и больных, у которых заболевание желудочно-кишечного тракта не являлось основным, а только как бы сопутствующим, но играющим, по нашему мнению, большую роль как в происхождении ныне основного заболевания, так и в его тяжелом течении (холецистит, пиэлит, анемия Бирмера), — мы пришли к следующим выводам:

1. Хромоскопия желудка является ценным методом исследования желудочных больных и особенно при диференцировании органических заболеваний его от функциональных.

2. Замедленно выделяется парентерально введенный нейтральрот только при органических заболеваниях и тем более замедленно, чем тяжелее органические страдания желудка. Но никакого параллелизма между экскрецией и кислотностью желудка нет.

3. При раке желудка и поджелудочной железы нейтральрот в подавляющем большинстве случаев (91%) не выделяется. Поэтому во всяком случае отсутствия нейтральрота надо думать о раке, особенно при ранней диагностике, чтобы не пропустить раннюю операцию. Но отсутствие нейтральрота еще не говорит полностью за рак, так как краска нередко не выделяется при холецистите пиэлите, анемии Бирмера и др.

К ВОПРОСУ О СУБФЕБРИЛЬНЫХ ТЕМПЕРАТУРАХ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

И. М. Ляндрес.

Из акушерско-гинекологического отделения (зав.—И. М. Ляндрес) Бобруйской сов. больницы (директор—Г. Л. Холодцов).

Огромное внимание, которое уделяют партия и правительство охране здоровья женщины, ставит перед акушерами вопрос о пересмотре некоторых строго установленных взглядов в акушерстве на послеродовой период, который при несоответствующем к нему внимании дает порой повышенную женскую заболеваемость. Настоящая работа имеет целью выяснить значение субфебрильной послеродовой температуры при заболеваниях женщин в послеродовом периоде.

С момента введения термометрии в медицинскую науку Вундерлихом, врачи нашли еще один из способов отличать нормальный организм от ненормального. Винкель, а за ним Шредер и другие первые произвели и обнародовали наблюдение над температурой родильниц. О здоровьи родильниц теперь судят не только по характеру пульса, их общему состоянию и течению местных процессов, но также и по температуре их тела. В современных акушерских отчетах, при распределении родильниц с нормальным и ненормальным послеродовым периодом, большое значение придают течению температуры в послеродовом периоде.

До сих пор существует разногласие в мнениях о том, какую температуру после родов можно считать за максимум при нормальном послеродовом течении. По примеру Альфельда, принято считать, что температура до 38° в течение первых 6—7 дней после родов не является патологической в клиническом смысле, что эти женщины не нуждаются в наблюдении и лечении, что их можно выписать домой в обычные сроки—на 7—8 день после родов. Проф. Скробанский говорит: „На основании большого числа наблюдений, нормально протекающим пуэрперальным периодом принято считать такой, при котором температура тела ни разу не поднималась выше 37,9°."

Проф. Фейгель, отмечая особую лябильность организма родильниц к колебаниям температуры в большом проценте даже, так называемых, „нормальных" случаев, считает, что послеродовой период не является чем-то совершенно нормальным, а порой имеет даже некоторые черты, свойственные патологическому течению. Если не считать легкий приступ озноба и небольшое повышение температуры через 6—7 часов после родов, которые об'ясняются большим напряжением мышц во время родов и вызванным им повышением белкового

обмена, то остальные, так называемые, „критические дни" (3—5 дней после родов), в которые якобы температура легче всего может повышаться, не имеют своего основания.

Авторы считают, что причиной повышения температуры на третий—пятый день являются: копростаз, так называемая „молочная лихорадка", всасывание и т. п. Но столь распространенные запоры у женщин менее всего дают основания усматривать повышение температуры тела в копростазе. Вопрос же о связи субфебрильной температуры с „нагрубанием" грудей на третий день после родов можно считать лишь совпадением по времени, а не свидетельством их взаимной связи и обусловленности. По мнению Сромме, следовало бы совершенно оставить понятие „молочная лихорадка", т. к. физиологическое проявление жизнедеятельности какой-либо железы никогда не влечет за собой лихорадки.

Несомненным же является то обстоятельство, что длительный застой молока в грудной железе служит весьма благоприятным моментом для возникновения инфекции. Вопрос относительно инфицированности лохий в послеродовом периоде и наличия микробов в содержимом полости матки у нелихорадящих родильниц, начиная с 3—5 дня после родов, является весьма спорным. По данным Смородинцева, у родильниц с температурой до 37,5° были найдены стафилококки и граммположительные палочки 8%, при температуре 37,5°—38°—21%, при температуре выше 38°—81,8%. Эти данные—о бактериальном заражении полости послеродовой матки при температуре до 38° 21% случаев—уже до некоторой степени заставляют призадуматься над тем, что субфебрильные температуры в послеродовом периоде связаны с инфекцией.

С целью изучения причин послеродовых субфебрильных температур, их роли и значения в послеродовых заболеваниях, мною были произведены наблюдения над 39-ю родильницами, давших в течение их пребывания после родов в отделении больницы субфебрильную температуру. Причем при подборе материала я брал: 1) только тех родильниц, у которых за время пребывания их в отделении субфебрильная температура была не меньше трех раз, не считая температуры в первый день после родов, 2) родильниц, у которых не было при поступлении, а также и в дальнейшем осложнений со стороны внутренних органов, 3) родильниц, у которых роды прошли нормально и 4) родильниц, у которых в анамнезе не было заболеваний женских половых органов, иногда обостряющихся после родов.

Эти родильницы наблюдались мною в течение трех месяцев после родов. В шести случаях, во время нахождения их в родильном отделении, мною была поставлена проба Голло с пирамидоном, который, как известно, в нетоксической дозе не действует на нормальную температуру, а инфекционную снижает. В этих шести случаях мы получали временное падение температуры на 1—2 дня, а затем она вновь повышалась. Почти у всех наблюдаемых нами больных исследовалась моча и кровь на РОЭ, лейкоцитоз и лейкоцитарная формула. Моча изменений почти не представляла. Кровь дала у всех ускоренную РОЭ (от 40 до 70 мм в час), лейкоцитоз и небольшую лимфопению.

Интересно отметить, что при изучении клинической картины течения родов, послеродового периода и отдаленных результатов, у этих больных оказалось: измененные околоплодные воды (мутные зеленые, с запахом)—в 9 случаях (23,1%), рваные околоплодные



оболочки—в 12 случаях (30,9%). Повидимому качество околоплодных вод, а также задержание околоплодных оболочек влияют на течение послеродового периода. У наблюдаемых больных лохии нормального качества были в 11 случаях, в остальных случаях лохии были ненормальные—с запахом, раз'едающие, серозно-гнойные и др. (74,3%); subinvolutio uteri—в 9 случаях (23,1%); жаловались на сильные послеродовые схватки—5 больных (12,8%).

Из 39 больных на повторный осмотр в течение первых трех месяцев после родов явились 22 больных. Только у 3-х больных температура после выписки из отделения не повышалась и послеродовой период прошел нормально; у остальных же мы имели: продолжающиеся обильные гнойные, раз'едающие выделения без видимых данных со стороны половых органов—в 7 случаях, воспаление придатков матки—5 случаев, метро-эндометритов—1 случай, subinvolutio uteri—1 случай; продолжали давать субфебрильную температуру дома, после выписки из отделения,—4 случая (без видимых об'ективных данных) и 1 случай закончился дома маститом.

Выводы.

1. Причиной послеродовой субфебрильной температуры следует считать инфекцию.

2. К родильницам, у которых послеродовой период протекал при субфебрильной температуре, нужно относиться с некоторой осторожностью при выписке их из отделения.

3. При выписке этих больных из отделения следует сообщать женской консультации об обязательном патронаже их на дому.

ЛЕЧЕНИЕ АНГИОМ РАДИЕМ.

Доц. Н. И. Бобрик.

Из онкологического диспансера и 1-й хирургической клиники Белорусского мединститута (директор—проф. Е. В. Корчиц).

Для лечения ангиом предложено много различных методов. Некоторые из них в настоящее время потеряли свое значение (механический способ) и имеют только исторический интерес; другие применяются в зависимости от характера, величины и локализации ангиомы.

Холдин, разбирая методы лечения ангиом, делит их на: 1) механические, 2) хирургические, 3) химические, 4) термические, 5) электрические и 6) лучевые. Не вдаваясь в обсуждение всех приведенных выше способов лечения ангиом, мы остановимся только на лучевых методах и, в частности, на лечении ангиом радием.

По своей природе ангиомы являются доброкачественными врожденными опухолями, не угрожающими в подавляющем большинстве случаев ни здоровью, ни жизни их носителя. Основным моментом (75—80%), заставляющим больного или, что чаще, его родных обращаться за врачебной помощью, являются соображения косметики. Если учесть, что ангиомы чаще встречаются у девочек и локализуются в большом проценте случаев на лице (71—73%),—вопросы косметики приобретают сугубо важное значение.

Наконец, локализация, вовлечение в ангиоматозный процесс значительных территорий того или иного органа и нарушение его функции являются поводом к обращению в лечебное учреждение за соответствующей помощью. Иногда, вследствие ряда осложнений (кровотечение из сосудов ангиомы, ее воспаление и т. п.), требуется оказание неотложной помощи.

Мы не ставим перед собой задачу разбора и обсуждения вопросов этиологии патогенеза и клиники ангиом. Интересующиеся этими вопросами могут найти богатый и исчерпывающий материал у Холдина в его монографии „Гемангиомы и их лечение" (1935 г.), у Корнмана—„Гемангиомы" (1913 г.).

К лучевым способам лечения сосудистых опухолей относятся лучи Рентгена и радия и в меньшей степени лучи ртутно-кварцевой лампы. Среди этих способов на первом месте надо поставить радиевую терапию. Лечение гемангиом радиевой терапией начинает

пользоваться всеобщим признанием, как один из лучших и эффективных способов лечения. Широкое распространение получила радиевая терапия в западно-европейских и американских лечебных учреждениях, располагающих радиоактивными веществами. У нас в Союзе этот вид терапии сосредоточен преимущественно в крупных городах (Ленинград, Москва, Харьков). Литературные данные по вопросу о лечении ангиом радиевой терапией чрезвычайно немногочисленны(Холдин, Ченч, Зерницкий и Гроссман).

Как известно, процесс распада радия сопровождается излучением троякого рода лучей: альфа, бета и гамма. Альфа-лучи—это положительно заряженные материальные частицы—электроны, обладающие небольшой проникающей силой и легко задерживающиеся слоем воздуха, ваты, стенкой стеклянной трубки. Альфа-лучи при действии на организм человека производят поверхностное, сильно раздражающее действие. Бета-лучи обладают более глубоко проникающим действием. Еще более проникающим свойством обладают имеющие короткую волну гамма-лучи. Терапевтический эффект при действии радия на ангиоматозную ткань сказывается больше всего под влиянием излучения гамма-лучей. Проникая глубоко в ткани, теряя часть своей кинетической энергии, гамма-лучи образуют большое количество вторичных отраженных бета-лучей, обладающих меньшей проникающей способностью и легко поглощающихся окружающими тканями. Благодаря этому достигается равномерное освещение всех участков опухолевой ткани.

Специфическое действие радиевых лучей на ангиоматозную ткань сказывается в избирательном действии, в первую очередь на эндотелий сосудов. При этом наступает пролиферация клеток эндотелия, с явлениями последующей вакуолизации и перерождения (Холдин, Гроссман). В дальнейшем в стенке сосуда развиваются явления воспаления с последующим сужением и запустеванием просвета его. Наряду с этим имеет значение и адсорбционная способность крови, поглощающей, благодаря наличию солей тяжелых металлов, гамма-лучи, которые дают значительный процент вторичных лучей, наносящих вред в первую очередь стенкам сосудов (Холдин).

Для непосредственных лечебных целей радий применяется двояко. Большим распространением пользуется метод наружного приложения радиоактивного вещества по месту локализации опухоли. Введение же радиоактивных веществ непосредственно в ткань опухоли сопровождается болезненностью и не имеет особых преимуществ по сравнению с наружным применением; поэтому широкого распространения оно не получило.

Для достижения терапевтического эффекта необходимо, чтобы ангиоматозная ткань получила соответствующее количество лучей, т. е. определенную дозу. Существует целый ряд дозировок: французская, американская, шведская. Все они сводятся в основном к тому, чтобы в определенный промежуток времени, при надлежащих условиях, при определенном количестве радиоактивного вещества достичь соответствующих морфологических изменений в подлежащей освещению опухолевой ткани, не повреждая при этом нормальной окружающей ткани.

Единицей измерения, дозой служит произведение количества радия, выраженного в граммах, на время освещения—выраженное в часах (Холдин). Мы пользовались методикой Ленинградского онколо-

гического института. На 1 см^2 опухоли, в зависимости от характера строения ангиоматозной ткани, при соответствующей фильтрации (платина, золото) и длительности экспозиции мы дозировали от 40 до 80 милиграмм-часов.

Техническая сторона лечения радием не представляет особых трудностей. Из восковой пластинки, толщиной в 1,5—2 *см*, для каждого отдельного случая изготовляется маска. Измеряются границы опухоли и обводятся чернильным карандашем. Контуры границ проецируются на наружную поверхность маски. Ампулы с радием мы старались расположить так, чтобы была соблюдена достаточная гомогенность освещения. Иногда это бывает сопряжено с известными трудностями. Пользовались мы чаще всего тяжелым фильтром (0,5 мм платины и 1 мм золота). В случаях же небольших, поверхностно расположенных гемангиом, мы применяли только платиновый фильтр. Надо отметить, что при кавернозных, глубоко расположенных ангиомах мы старались в первые сеансы дать большую дозу, соблюдая при этом все технические условия (расстояние, фильтр, экспозиция). В большинстве случаев, уже после первого сеанса, мы замечали резкое уменьшение, побледнение ангиомы. Вначале мы повторяли курс лечения через полтора—два месяца. Потом мы заметили, что удлинение сроков после первого сеанса, давшего регресс опухоли, оказывалось в лучшую сторону в отношении косметического эффекта. У маленьких детей (6—8 лет), внимательно дозируя и наблюдая, можно добиться прекрасных результатов как терапевтического, так и косметического порядка. Залог успеха лежит в раннем применении лучевой терапии.

Обладая целым рядом положительных сторон, радиевая терапия не свободна и от некоторых недостатков. Но они так незначительны, что теряются среди ее преимуществ.

Следует также отметить, что небрежное и невнимательное дозирование может привести к образованию ожогов, которые в значительной степени снижают как терапевтический, так и косметический эффект. В двух случаях мы получили ожоги, правда, незначительной степени, ликвидировавшиеся после мазевых повязок.

Из отдельных осложнений при радиевой терапии обычно надо иметь в виду изменения со стороны окраски покровов. Может развиться депигментация кожи или, наоборот, скопление пигмента, сморщивание и образование втянутого рубца. Как и ожоги, изменения в окраске кожи всецело зависят от техники применения и дозировки.

По сравнению с другими способами применение лучевой терапии требует большего времени. Но это искупается результатами. Наблюдая за результатами лечения ангиом лучами радия, мы пришли к убеждению, что этот метод лечения имеет ряд несомненных преимуществ. Учитывая это, мы на протяжении последних двух лет применяли для лечения ангиом почти исключительно радий.

За этот период времени через клинику и онкологический диспансер прошло 90 больных с ангиомами, из них 69 больным мы применили радиевую терапию. Это были преимущественно дети до одного года и старше. В остальную группу больных, в количестве 21, вошли дети старше десяти лет и взрослые. Что касается способов лечения этой группы больных, то мы чаще всего применяли электрокоагуляцию, введение спирта и хирургические методы.

Мы уже отметили, что лечение ангиом радием имеет по сравнению с другими методами ряд преимуществ. Однако необходимо отметить, что не все ангиомы могут быть с успехом излечены радием. В ряде случаев, как вытекает из наших скромных наблюдений, наряду с применением для лечения ангиом радия, следует не забывать о применении и других способов (электрокоагуляция, спирт, хирургические способы). Кроме того, успешное лечение ангиом лучами радия зависит не только от методики и техники его применения, но и от ряда других моментов и побочных факторов.

Одним из таких моментов, предопределяющих в ряде случаев успех применения радия, является возраст больного. Чем раньше мы будем применять для лечения ангиомы радий, тем лучше результат. Особенно это важно в смысле получения хорошего косметического эффекта. А это, как мы указали выше, является главным, что заставляет больного или его родных обратиться за помощью.

Вначале мы испробовали действие лучей радия на ангиомы у взрослых. Отдаленные результаты у этой группы больных заставляют желать лучшего. Иное дело у детей: здесь результаты диаметрально противоположны таковым у взрослых. Это заставило нас отказаться от применения радия для лечения ангиом у взрослых, и последние годы мы применяли его почти исключительно на детях. На 69 больных с ангиомами детей до года было 50 и от 1 года до 3 лет—19.

Значительно большая чувствительность ангиом в детском возрасте к лучам радия зависит от избирательного действия радиоактивных веществ на молодую экспансивно растущую ткань. Кроме того, рядом специальных исследований установлено, что эндотелий сосудов особенно чувствителен к лучам радия. В более старших возрастах, когда элементы ангиомы сформировались, остановились в росте,—действие лучей радия сказывается значительно меньше. Для получения терапевтического эффекта у взрослых требуются большие дозы, а это небезразлично для окружающих тканей; кроме того эффект сказывается за счет прижигающего действия.

Несмотря на специфическое эффективное действие лучей радия на ангиоматозную ткань, не все ангиомы одинаково успешно могут быть излечены лучами радия. Как нашими наблюдениями, так и наблюдениями других авторов, занимавшихся лечением ангиом радием (Холдин, Ченч и Зерницкий), установлено, что кавернозные ангиомы поддаются радиолечению значительно лучше, чем другие виды. Плоские, капиллярные ангиомы, не выступающие над кожей, типа телеангиоэктазий (nevus flameus), требуют для своего лечения значительно больше времени, и результаты лечения оставляют желать лучшего. Иногда, в результате лечения, получается незначительное побледнение участков ангиомы, что не только улучшает, но даже ухудшает косметический результат (пятнистость).

Однако, это обстоятельство ни в какой степени не умаляет положительных сторон радиевой терапии ангиом. Процент радиоупорных ангиом сравнительно небольшой. По данным Холдина, при 150 длительно прослеженных ангиомах, леченных радием, в 12,7% случаев ангиомы оказались нечувствительными к лучам радия. Ченч

и Зерницкий (Украинский институт рентгенологии и радиологии), пользуясь для лечения ангиом радием, не получили успеха от применения радия только в 10 случаях (2,5%), куда вошли, главным образом, случаи ангиом у взрослых. Столь значительный успех, полученный Ченч и Зерницким по сравнению с данными Холдина, надо об'яснить тем, что авторы применяли различную методику.

Как нами указано выше, мы пользовались для лечения ангиом радием методикой Ленинградского онкологического института. Отдаленные результаты радиотерапии ангиом, прослеженные нами на личном материале, надо признать весьма удовлетворительными. Срок наблюдения от 1 года до $2^1/_2$ лет. На 69 больных в 53 случаях мы получили полное исчезновение ангиомы с прекрасным косметическим эффектом, т. е. без пигментации, втянутого и атрофичного рубца; в 10 случаях получили улучшение за счет уменьшения ангиомы, побледнения и в 6 случаях результат лечения оказался отрицательным. Как и у других авторов, лучшие результаты мы получили в случаях кавернозных ангиом.

Давая прекрасный терапевтический и косметический эффект, радиевая терапия ангиом не свободна и от ряда осложнений и недостатков. Но эти теневые стороны чрезвычайно мизерны и легко устранимы. Самым серьезным осложнением надо признать радиевые ожоги. Но они всецело зависят от опыта и внимания лечащего врача в смысле тщательности дозировки. Те два случая ожога, которые мы наблюдали у наших больных в начале применения нами радиотерапии ангиом, всецело связаны с неправильной дозировкой. В последующем, тщательно дозируя, правильно располагая в соответствующем фильтре радиевые ампулы, мы ни разу не наблюдали ожогов.

Осложнения в виде ожогов при радиевой терапии надо отнести к непосредственным, проходящим. Наряду с этим, в результате применения радиевой терапии, возможны отдаленные стойкие осложнения. К таковым относятся: выпадение волос и ресниц стойкого характера, депигментированный рубец, повреждения органов, расположенных вблизи ангиомы (глазное яблоко). Как ожоги, так и приведенные осложнения зависят исключительно от методики и, главным образом, от передозировки.

Однако, эти досадные осложнения, кстати сказать легко устранимые, тонут в той массе преимуществ, какими обладает радиевая терапия ангиом.

Первое и основное преимущество радиевой терапии ангиом—ее полная безболезненность и бескровность. Особенно это важно у маленьких детей, для которых даже незначительная потеря крови небезразлична. Радиевая терапия ангиом, при умелом применении совершенно безопасная как для взрослых, так и для детей, может быть применена при различных локализациях ангиом. Терапевтический и косметический эффект при лечении ангиом радием оставляет позади себя результаты лечения всеми другими способами. Рецидивов при радиевой терапии ангиом не наблюдается. Учитывая все эти преимущества и то, что ангиомы особенно хорошо поддаются лечению радием у детей, надо начинать лечить раньше. Этим самым мы будем повышать процент отличных результатов.

В заключение приведем несколько кратких историй болезни.

1. К. А., 8 мес., девочка. Кавернозная ангиома надбровной области справа, площадь 15 см². 19.XI.1935 наложена маска. Положено 40 мг радия—элемента в золотом и платиновом фильтре. Расстояние от ангиомы 2,5 см. На область глаза свинцовая пластинка. Всего получено 1800 мг/часов.

3.I.1936 ангиома уменьшилась наполовину, резко побледнела. Второй сеанс. Получено 1120 мг./часов.

29.II.1936. После двух сеансов радиотерапии ангиома почти исчезла. Третий сеанс—получено 320 мг./часов.

Девочка осмотрена через год. Полное исчезновение ангиомы со слегка втянутым рубцом (см. фото).



К. А. до лечения.



После двух сеансов радиотерапии.



Через год после лечения.

2. К. Ж., 2-х лет, мальчик. Кавернозная ангиома правой щеки, площадь 30 см². Три сеанса радиотерапии. Методика, как и в предыдущем **случае**. Через год—исчезновение ангиомы с прекрасным рубцом.



К. Ж. до лечения.



Через год после лечения.

8. А. О., 6 мес., девочка. Кавернозная ангиома левой щеки. Пять сеансов радиотерапии. Через год ангиома исчезла полностью.



А. О. до лечения.



Через год после лечения.

4. К., 4 мес., девочка. Кавернозная ангиома правой щеки, площадь 9 см^2, 3 сеанса радиотерапии. Через полтора года—прекрасный косметический эффект.



К. до лечения.



Через полтора года после лечения

Выводы.

1. На основе наших наблюдений и литературных данных, радиотерапия ангиом является методом выбора. При правильной и умелой дозировке, давая прекрасные косметические результаты, радиотерапия свободна от ряда осложнений, присущих другим методам лечения (кровотечение, нагноение и т. д.).

2. Радий может быть применен при любой локализации ангиомы.

3. Применение радиотерапии при помощи восковой маски (аппликация) не связано с болевыми ощущениями, что очень важно в отношении маленьких детей.

4. Отдаленные результаты радиотерапии ангиом надо считать отличными. После лечения радием рецидивов не наблюдается.

5. Недостатками радиотерапии ангиом являются: 1) Длительность лечения, которое, правда, вполне компенсируется прекрасными отдаленными результатами и 2) сравнительная дороговизна радия.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 6 1938 г.

ГЛАЗ И СОМАТИКА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА[1].

А. Кливанская

Из Института охраны материнства и детства (директор—А. М. Вовшина), г. Минск.

Своеобразие детского организма в его статике и в его динамике представляет собой богатейший материал для изучения. Интерес представляют как патология, так и норма детского организма в целом, а также состояние каждого отдельного органа в частности.

Проводимые в нашем Союзе институтами по охране здоровья детей массовые наблюдения над детским организмом дают возможность осветить этот вопрос во всем его многообразии. Изучение органа зрения должно занимать в этом большом вопросе видное место. Практическая ценность органа зрения, с одной стороны, демонстративность суб'ективного восприятия изменений его в сторону аномалии или патологии, доступность об'ективного констатирования наличных органических или функциональных изменений в связи с ростом или болезнями, с другой стороны,—делают наблюдения эти особенно заслуживающими внимания.

В Институте охраны материнства и детства Белоруссии проведена работа по обследованию состояния здоровья школьников. Наша работа представляет собой результат обработки материала по обследованию органа зрения этих детей. Материал охватывает 220 школьников младших классов, т. е. обследование производилось внутри одного возраста—от 7 до 9 лет,—что придает нашим выводам определенный закономерный характер.

Тонкое анатомическое и гистологическое строение глаза, богатство сосудами, наличие сети аденоидной ткани делают глаз тонким индикатором по отношению к вредностям, циркулирующим в крови. Обильная сеть капилляров, замедленный ток крови в них еще более способствует оседанию вредных начал с последующими фокусными поражениями тех или иных оболочек глаз.

Конституциональные особенности детского организма, аномалии его, диатезы имеют свое непосредственное влияние на глаз и его ткани. При эксудативном диатезе, например, с его склонностью к проявлениям различных заболеваний со стороны кожи часто поражаются, как наиболее нежные участки ее, края век в виде упорных и рецидивирующих блефаритов; общий лимфатизм часто сочетается с фоликулезом кон'юнктивы. Нежность и ранимость кожи об'ясняются преобладанием в общем эндокринном равновесии

[1] Доложено на заседании Научного общества глазных врачей Белоруссии.

у детей гормонов эпифиза мозга и зобной железы над гормонами гипофиза, надпочечников и половых желез, которые влияют на развитие и укрепление кожи и слизистых оболочек (Пенде).

Орган зрения также находится в зависимости и от симпатической нервной системы: игра зрачка, ширина глазной щели, слезный аппарат и другие. Следовательно, состояние и тонус вегетативной нервной системы, ее аномалия и патология имеют свое отражение на глазе.

Эндокринный аппарат также имеет свое многообразное отражение на органе зрения. Достаточно указать нам ряд симптомов со стороны глаз при Базедовой болезни и на образование катаракт у детей и молодых суб'ектов при недостаточности паращитовидных желез (Зигрист).

Гессе и Флебс исследовали 43 больных со слоистой катарактой в возрасте от 3 до 36 лет и получили: у 35, т. е. в 81% всех случаев, симптомы скрытой тетании (цитировано по Романовой-Бохан). Гольдман рассматривает изменения в хрусталике, как реакцию последнего на действие ядовитого вещества, развивающегося при тетании. Гофман 10% катаракт связывает с миотонической дистрофией; эта же болезнь, в основе которой лежит нарушение эндокринного аппарата, может вызвать также атрофию зрительного нерва. У Н. Пятницкого около половины случаев миотонической дистрофии сопровождается катарактой. Развитие кератоконуса Зигрист увязывает с гипотиреоидизмом.

Разбираемый нами материал охватывает 220 детей (91 мальчик и 129 девочек). Глазные симптомы мы обнаружили только у 121 школьника, включая сюда и незначительные отклонения со стороны рефракции.

Глазные симптомы у наших детей мы разбили на 5 групп: 1) рефракция, 2) нарушение функции глаз, 3) наружные заболевания, 4) глазное дно и 5) врожденные изменения.

К группе „аномалии рефракции“ мы относим детей с близорукостью, дальнозоркостью или астигматизмом не ниже 1,0^{д}. Детей с той или иной рефракцией ниже 1,0^{д} мы не учитывали, конечно, если у них не имелось других изменений со стороны глаз. Рефракция определялась об'ективно.

По рефракции и остроте зрения дети распределяются следующим образом: на эмметропию приходится 35 чел. (29%); на дальнозоркость—20 чел. и дальнозоркий астигматизм—44 чел. (итого 64 чел.), что составляет 53%; близорукость и близорукий астигматизм—22 чел. т. е. около 18%. Этот процент миопической рефракции складывается, главным образом, из миопического астигматизма самых малых степеней; сферической миопии мы имеем единичные случаи (в пределах 3,0^{д}).

У других авторов по видам рефракции мы имеем следующие данные (в процентах):

	Эмметропия	Дальнозоркость	Близорукость
Коркашвили	29,5	58,75	6,5
Казас	41,25	38,5	7,8
Адамюк	33,4	52,0	14,1

(Цитировано по Коркашвили).

Правда, у этих авторов обследование и выводы касались учащихся всех классов, т. е. разных возрастов. Но тут приходится отметить интересный факт: процент миопической рефракции у наших школьников младшего возраста даже выше, чем у указанных авторов, материал которых охватывает и старшие классы. Наши данные совпадают с цифрами проф. Очаповского (17—23% близорукости) и подтверждают его точку зрения, отрицающую „школьную" миопию.

При корреляции рефракции с морфологическим типом (согласно данным новейшей литературы, дети подразделялись на следующие типы: пропорциональные, смешанные, широкие, узкие) можно только отметить преобладание дальнозоркости и дальнозоркого астигматизма в группе широких: у мальчиков—57%, у девочек—39%.

Такие же данные мы имеем у Островского, который отмечает преобладание дальнозорких в группе дигестивных (наших широких). Причем и у него среди мальчиков процент дальнозорких выше, чем среди девочек, а именно: 73% у мальчиков, 60% у девочек. Интересно, что Рославцев при обследовании взрослых рабочих металлургических заводов также нашел, что „среди лиц пикнического склада гиперметропы встречаются чаще, чем среди других конституциональных групп".

В противоположность этому Артемьев нашел среди дигестивных детей преобладание близоруких. Холина, проделав большую работу по выработке типов строения глаза, утверждает, что рефракция является основным признаком в типическом строении глаза и что „связь между конституцией и строением глаза имеется, а именно: широкие типы склонны давать большие по размерам и лучшие по функциям глаза". Такое противоречие требует дальнейшей разработки этого вопроса на основании большого цифрового материала.

По остроте зрения наши школьники распределяются таким образом: главная масса—86 детей (72%)—дает нормальное зрение (не ниже 1,0), 25 детей приходится на среднюю группу—от 0,9 до 0,4 и 10 детей дают низкое зрение—от 0,4 до 0,1.

По Варшавскому нормальная острота зрения у школьников в Кутаисе равна 70%. По Артемьеву—в среднем около 80%.

Приходится отметить нередко наблюдаемую аномалию со стороны равновесия мышечного аппарата. Экзофорию, т. е. недостаточность внутренних мышц, мы имеем в 24 случаях (у мальчиков—13 случаев, у девочек—11). При этом в большинстве случаев наблюдается достаточная конвергенция, нормальная подвижность глазных яблок, полная острота зрения и эмметропическая рефракция.

По Благовещенскому эта недостаточность внутренних мышц может вытекать, кроме чисто механических причин, как длина мышц, места их прикрепления и другие, из некоторой физиологической недостаточности тонуса мышечного аппарата глаза у детей младшего возраста, так как развитие глаза у детей продолжается до 14 лет (веки, мышцы, слезный аппарат). Этим же об'ясняется узость зрачков и трудность их расширения у новорожденных, у которых мышечный аппарат радужки недостаточно развит и только к двум годам эти мышцы достигают нормального развития. По Вильбранду и Зенгеру недостаточность внутренних мышц зависит не от мышечной слабости, а от недостаточной иннервации, вследствие неполного развития мозга. Конечно, общее истощение организма на почве тяжелых болезней (хроническая интоксикация и т. д.) также может выявиться в недостаточности мышц глаза.

Косоглазие содружественное мы имели в 8 случаях (у мальчиков—4 случая, у девочек—4). Все случаи связаны с понижением зрения на одном глазу, т. е. в результате отсутствия бинокулярного зрения. Косоглазие в связи с анамолией рефракции составляет по Доннерсу 60—70%.

Неравномерность зрачков - анизокория—при живой реакции на свет и конвергенцию наблюдалась в 6 случаях (у мальчиков—3 случая, у девочек—3). Игру зрачка в таких случаях приходится об'яснять рефлекторным влиянием симпатической нервной системы. Раздражение последней со стороны даже отдаленных органов, хотя бы чисто механически, может вызвать изменения калибра зрачка. Так, увеличение бронхиальных желез вызывает мидриаз, давя на симпатикус. Симптом Горнера—узкий зрачок, узкая глазная щель, западение глазного яблока—результат поражения симпатического нерва. „Коллатералями—проходящими через ганглии, вегетативные волокна могут опускаться и подыматься к другим ганглиям различных этажей пограничной цепи симпатического нерва, чем и обеспечивается возможность распространения и разнообразия рефлексов" (проф. Сухов).

При разборе наружных заболеваний приходится отметить легкий характер этих изменений, которые сводятся к фолликулезу слизистой оболочки в 19 случаях (у мальчиков—5 случаев, у девочек—14), к катарральному воспалению кон'юнктивы в легкой форме в 18 случаях (у мальчиков—6 случаев, у девочек—12), к блефариту в 10 случаях (у мальчиков—5 случаев, у девочек—5) и к двум случаям фликтены (1 случай у мальчика и 1—у девочки). Из других заболеваний был один случай (девочка) с задней полярной катаррактой, один случай (девочка)—с Грефе, один случай (мальчик)—аномалия цветоощущения, один случай (девочка)—помутнение роговицы и др. *Трахомы не обнаружено ни одного случая.*

Нельзя не отметить отрадный факт, что на 220 детях младшего возраста, которые особенно подвержены различным проявлениям аномалии конституции в виде скрофулеза, эксудативного диатеза, лимфатизма, мы совершенно не наблюдаем последствий тяжелых скрофулезных болезней глаз. Только в одном случае было обнаружено помутнение роговицы—след перенесенного золотушного воспаления. Факт этот имеет большое общественное значение. Резкое улучшение благосостояния широчайших масс трудящихся, поднятие культурного уровня трудящихся обеспечивают разумный и правильный уход за детьми как в смысле санитарно-гигиенических условий, так и в отношении питания. Этот огромный социально-общественный сдвиг, как в фокусе, отражается на роговице детей, подрастающих в советских условиях, где оздоровление трудящихся является одной из основных задач нашего социалистического государства.

Глазное дно обычно имело нормальный вид. Единственно, с чем пришлось столкнуться,—это три случая переднего хориондита (2 случая у девочек и 1—у мальчика). Передний хориоидит является патогномоничным для люэса (Игерсхаймер). Передний хориоидит может возникнуть очень рано, и ко времени исследования процесс может быть совершенно закончен, а реакция Вассермана будет отрицательна. Передний хориоидит, кроме указания на скрытую инфекцию, является еще и предостерегающим моментом, так как дети с передним хориоидитом

склонны позднее к заболеванию паренхиматозным кератитом (Игерсхаймер).

В одном случае обнаружено naevi сетчатки в виде ограниченного пигментного небольшого пятна аспидного цвета, без каких бы то ни было других изменений со стороны глазного дна. Еще имелись два случая узкого латерального конуса и два случая нижнего конуса в связи с рефракцией.

Из пороков развития обнаружено 4 случая эпикантуса (2 мальчика и 2 девочки) и один—зрачковой перепонки у девочки.

Из всех наших детей мы выделяем группу в 25 человек с явлениями общего лимфатизма. Со стороны глазных симптомов мы имеем у них 16 случаев фолликулеза кон'юнктивы (5 случаев у мальчиков, 11—у девочек) и 9 случаев—блефарита (3 случая у мальчиков и 6—у девочек).

Параллельно с фолликулезом на слизистой оболочке век, т. е. с гипертрофией аденоидной тканки кон'юнктивы у одних и блефаритом у других,—у них наблюдается увеличение лимфатических и бронхиальных желез, гиперплазия глоточных миндалин, разрастание грануляций на задней стенке глотки, хроническое рецидивирующее воспаление кожных покровов на особенно нежных и тонких участках ее: ушные раковины, крылья носа, края век (блефариты). Словом, у этих 25 детей наблюдается ряд характерных изменений, свойственных состоянию, именуемому лимфатизмом. „Циркуляция крови у них (лимфатиков) замедляется, что мешает быстрому удалению болезнетворных агентов, способствует венозному застою и обусловливает повышенную склонность к инфекциям вообще и к хроническим катаральным воспалениям всех слизистых оболочек" (проф. Маслов).

Лимфатики с нежной, легко ранимой кожей, с расширенными порами легко инфицируются как гноеродными бактериями, так и коховскими палочками. Отсюда частые поражения кожи и туберкулезное поражение желез. Туберкулезная инфекция легко поражает гиперплязированный лимфатический аппарат у детей и ведет к образованию аденитов с легким хроническим течением. При туберкулезных аденитах вторично может быть вовлечено и легкое, причем процесс отличается вялым течением и носит фиброзный характер.

У всех наших 25 детей с общим лимфатизмом мы имеем увеличение лимфатических желез с преобладанием подчелюстных и шейных. Увеличение бронхиальных желез—в 7 случаях и туберкулезное поражение этих желез—в 10 случаях. Аускультативные изменения со стороны легких отмечаются в 12 случаях. Явления со стороны кожи мы имеем в 6 случаях. Аденоиды встречались у 14 детей, фарингиты—у 6 детей, изменения со стороны миндалин—в 7 случаях.

Со стороны наследственности наши лимфатики имеют по анамнезу в 13 случаях туберкулез и в 8 случаях алкоголизм во втором и третьем поколении, по восходящей линии.

Таким образом, на лимфатиках особенно демонстративно выявляется значение и связь глазных симптомов с общим физическим состоянием ребенка.

У наших лимфатиков в значительной степени выражены также явления аденоидизма, т. е. гиперплазия лимфатической ткани, слизистой носа, развитием аденоидных разращений, увеличение и перерождение глоточных миндалин, разращение грануляций на задней стенке глотки и др. Аденоидизм в свою очередь является проявлением аномалийного состояния организма и входит в синдром

лимфатической конституции. Он может сопровождаться целым рядом изменений со стороны всего организма: головные боли, изменения крови, диспепсия, ночное недержание мочи, кожная пигментация, пучеглазие, косоглазие, ослабление зрения, глаукома.

Практическим выводом из вышеприведенных данных должно быть максимально внимательное отношение к сигнализации со стороны органа зрения.

Реальное значение профилактических осмотров в детских диспансерах заключается в использовании данных этих осмотров как для широких общественных мероприятий, так и индивидуально в каждом данном случае для выяснения этиологического момента, для лечения и предупреждения болезней.

Выводы

1. Детский организм, в силу своих особенностей, представляет одинаковый интерес для изучения как в своей норме, так и в патологическом состоянии. В изучении этого вопроса орган зрения занимает видное место, как индикатор общего соматического состояния.

2. Особенности и аномалии конституции детского организма, его эндокринный и вегетативный аппарат находят свое отражение на глазах.

3. При корреляции рефракции с морфологическим типом наблюдается преобладание дальнозорких в группе „широких".

4. Наружные заболевания глаз на нашем материале носят легкий характер; почти не наблюдается скрофулезных поражений глаз. Трахома совсем не обнаружена.

5. Общий лимфатизм у детей часто сочетается с блефаритом и фолликулезом кон'юнктивы.

О ЛЕЧЕНИИ УКУШЕНЫХ ЗМЕЯМИ.

А. Л. Каганович-Дворкин и А. Д. Беспрозванная (Ново-Белица).

В медицинской литературе крайне редки указания на методику лечения змеиных укусов. Лишь в прошлом году мы встретили в одном из периодических журналов статью, посвященную этому вопросу. Знакомясь с этим вопросом, мы пересмотрели ряд классических учебников хирургии—общей и специально детской, учебники неотложной хирургии, но указаний об этом вопросе мы не нашли.

В первый раз, когда был доставлен больной с змеиным укусом в памяти всплыли воспоминания из детских книг, где указаны способы лечения при змеиных укусах: насечь ножом и отсосать ртом.

В детской энциклопедии издания 1914 г. мы встречаем в одной из статей следующее: „Единственная змея, которой нам следует бояться, у нас—это гадюка. В болотистых местностях она водится в большом количестве и любит места, поросшие кустарником, или пустоши, где прячется под камнем и хворостом.

Если мы не будем трогать гадюку, то она первой никогда не нападает на нас. Но мы можем тронуть ее случайно, тогда она бросается и наносит зубами рану, причиняющую сильную боль и вызывающую опухоль, а затем и серьезную болезнь".

Нам кажется полезным поделиться своим небольшим, но поучительным опытом на страницах нашей печати особенно потому, что в доступной нам литературе мы не имеем соответствующих указаний и в практической работе стоим подчас весьма беспомощно перед лицом этого несчастного случая.

Из пяти описываемых нами случаев три первых протекали очень тяжело и лишь последние два случая, при ином подходе к ним, протекали легче и лучше.

Нам помогла статья Анфилогова С. Х. „Опыт применения новокаинового блока при отравлении змеиным ядом". (Нервная трофика в хирургии. Сборник работ под редакцией Вишневского.)

Обычные способы лечения змеиных укусов, безусловно, неудовлетворительны.

Больной, 12 лет (история болезни № 976), поступил в больницу 24. VI.1937 г. с ногой, перетянутой бичевкой несколько ниже коленного сустава. По рассказу в лесу он почувствовал внезапную резкую колющую боль в области голеностопного сустава и увидел уползающую гадюку. Доставлен был в больницу спустя 2 часа S. Pr. нормально развит, бледен, пульс 100, малого наполнения, тоны сердца глуховаты. Голень ниже жгута—отекшая, синюшная. В области голеностопного сустава на наружно-боковой поверхности—явственный след укуса, с отеком вокруг него.

Больному впрыснута камфора, коффеин. В операционной произведен глубокий крестообразный разрез и поставлена кровососная стеклянная банка. Извлечено около 100,0 с кровянистой жидкости. Повязки с Rivanol'ем.

На второй день отек голени распространяется на бедро и быстро распространяется выше, причем вся конечность со следами большого внутритканевого кровотечения, постепенно окрашивающего кожу в темносиний цвет. Конечность почти вдвое утолщена по сравнению со здоровой ногой. На 4—5 день подкожное кровоизлияние и отек распространяются до середины живота; и лишь с 7-го дня началось обратное развитие. Отечность стала уменьшаться, медленно рассасывалось кровоизлияние. К концу второй недели больной стал ходить и вскоре в удовлетворительном состоянии был выписан из больницы.

Все это время пришлось следить за деятельностью сердца. Одновременно давались болеутоляющие средства.

Больная С., 40 лет, поступила в больницу 7.VII.1937. Проходя по кустарнику, она почувствовала внезапную колющую боль в голени и успела увидеть уползающую гадюку. Ногу тоже перетянула крепко веревкой ниже колена и добралась до больницы с большим трудом спустя 2 часа.

Помощь ей была оказана та же. Течение болезни проходило значительно тяжелее. Поражало огромное кровоизлияние в ткани, захватившее всю нижнюю половину туловища до сосковой линии. Выраженный лимфаденит. Очень медленное выздоровление. Спустя месяц выписалась из больницы.

П., 32 лет, поступила в больницу 22.VI.1937. (история болезни № 968). Вся картина заболевания крайне схожа с вышеописанными и потому останавливаться подробно на ней не будем.

К., пионер, 12 лет, 1.VII.1938 из санаторного лагеря был доставлен в больницу с змеиным укусом в область лучезапястного сустава левой руки. Этот юный натуралист специализировался на ловле ужей и гадюк и все же получил укус гадюки.

Тонкой бичевкой рука перевязана выше локтевого сустава—синюшна, отечна. Несколько выше угла, между большим и указательным пальцами, на тыльной поверхности кисти—следы укушенной раны. Мальчик подавлен, пульс 108 в минуту, среднего наполнения. Очень просит скорее снять жгут.

В операционной произведен обыкновенный разрез, поставлена банка, отсосано 60—70 кровянистой жидкости. На предплечье выше лучезапястного сустава произведена круговая послойная инфильтрация полупроцентным раствором новокаина.

В ближайший день отек распространился выше локтевого сустава, на третий день достиг верхней трети плечевой кости и уже на четвертый день мальчик весело бегал и хорошо себя чувствовал. На пятый день он возвратился в лагерь.

Лишь вечером мы осознали, что в технике новокаиновой инфильтрации мы допустили ошибку: нужно было сделать ин'екции выше жгута. И это нам в ближайшую неделю удалось проверить, ибо 19. VII. 1938 доставлен был мальчик, 13 лет (история болезни № 569), с укусом змеи в области голеностопного сустава, с бичевкой, перетягивающей голень в верхней трети ее.

Произведена обычная обработка раны, но новокаиновая послойная инфильтрация произведена выше жгута. Клинический случай протекал на редкость благополучно: очень незначительный отек вокруг места укуса и полное отсутствие глубокого кровоизлияния в тканях. Мальчик выписался на четвертый день здоровым.

Между прочим, больной пионер-натуралист убил укусившую его змею, и мы, пользуясь любезностью преподавателя-зоолога т. Ивашко Д., даем краткую ее характеристику. Vipera lerus—обыкновенная гадюка. Характерные признаки ее: посредине спины тянется темная зигзагообразная, изломанная полоса из косо расположенных прямоугольных пятен черного цвета; голова заметно шире шеи (отличие от ужа). Характерны для змеи подвижные ядовитые зубы, лежащие при закрытом рте рядом с языком, выпрямляющиеся при открывании пасти, благодаря повороту подвижных челюстных костей. Длина змеи 50—60 см. Окраска тела чрезвычайно разнообразна, встречаются переходы от черно-бурого до серебристо-белого цвета. Живет в лесах, болотах, на сырых лугах, в норках или в трещинах почвы; днем любит греться на солнце поблизости от своей норы, ночью выбирается на охоту; питается теплокровными животными (мышами, землеройками и т. д.). Описываемая змея—живородящее животное—детеныши развиваются в яйце, еще внутри тела матери; тотчас

после отложения яиц вылезают из яйцевых оболочек. Сильно ядовитое животное.

Ранка, причиненная укусом этой змеи, имеет вид двух кружков (место укуса ядовитым зубами) и двух параллельных рядов мелких точек (следы мелких недоразвитых зубов). Действие змеиного яда зависит как от количества яда, введенного в организм человека, так и от пути проникновения яда. Через случайно прокушенный кровеносный сосуд ведет к очень быстрому отравлению, увеличивая скорость течения. Действие яда проявляет себя, во-первых, как местное воздействие на ткани, во-вторых, как общее заболевание—следствие распространения яда с кровью по всему телу. Вообще животные с более слабым кровообращением выдерживают большие количества змеиного яда.

Нам кажется полезным поделиться своим небольшим опытом с товарищами. Это поможет практическому изучению вопроса и даст возможность, быть может, выработать современную методику оказания помощи при змеиных укусах.

К ВОПРОСУ О КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Ф. М. Голуб.

Из 4-й хирургической клиники Белорусского мединститута. (Директор— проф. А. Е. Мангейм).

Кисты поджелудочной железы, помимо случаев врожденных, являются нередко следствием открытой или закрытой травмы брюшной полости. Истинные кисты поджелудочной железы наблюдаются редко; обычно мы имеем дело с травматическими ложными кистами. Последние представляют для хирургов большой интерес. Появляясь чаще всего после травмы, они постепенно увеличиваются, начинают механически сдавливать органы брюшной полости и вызывают ряд расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта.

Образование этих кист, или вернее псевдокист, представляется следующим образом. Вследствие травмы происходит разрыв или надрыв вещества поджелудочной железы и его сосудов. Кровоизлияние располагается под капсулой железы или, если оно более значительно, распространяется в сальниковую сумку. К этому кровоизлиянию примешивается панкреатический сок в количестве, зависящем от характера повреждения паренхимы железы и ее протоков. Если это повреждение велико, тогда содержимое кисты отличается раз'едающими свойствами, что ведет к перевариванию кисты с последующим перитонитом. Однако, такие явления редко имеют место. Излившаяся кровь вместе с панкреатическим соком характеризует начало образования кисты, вокруг которой возникают реактивные воспалительные явления, ограничивающие „кисту" от остальной брюшной полости. Псевдокиста постепенно, а иногда и довольно быстро увеличивается, заполняет всю сальниковую сумку, отодвигает органы брюшной полости, приводя в некоторых случаях к резким расстройствам.

Киста достигает иногда очень больших размеров, как это было в случае Филипса, принявшего кисту за асцит. В некоторых случаях опухоль так сильно сдавливает желудок, что больные вследствие частых рвот и сильных болей вынуждены отказаться от приема пищи. В случае Болярского больной, 45-летний мужчина, был доставлен в состоянии полного истощения и упадка сил. Из анамнеза выяснилось, что полгода назад у больного во время переноски непривычной тяжести вдруг заболел живот, и с той поры он болен. Последнее время он совершенно голодает, не реагирует на окружающую обстановку, не отвечает на вопросы. О состоянии больного можно судить по тому обстоятельству, что операция (лапоратомия)

была сделана „без всякой анестезии". Желудок оказался сильно придавленным к передней брюшной стенке, „как сложенный лист бумаги". Марсупиализация. Выздоровление.

В той или иной мере—в зависимости от топографии опухоли и, главным образом, от ее размеров—киста давит всегда на желудок и на поперечно-ободочную кишку, отодвигая последнюю книзу, а желудок кпереди и кверху.

Киста обычно располагается в сальниковой сумке. В редких случаях она может оказаться между печенью и желудком (например, случай Черемисина). В исключительных случаях киста расположена между листками брыжейки поперечно-ободочной кишки. Последние два положения кист встречаются редко, и хирургу обычно приходится иметь дело с кистой, расположенной в сальниковой сумке.

Первое описание панкреатической кисты следует отнести к 1862 году (Ле-Дентю). Однако, наиболее полное описание и операцию с благополучным исходом произвел Гусенбауер (1882 г.), по способу которого впоследствии и было прооперировано большинство больных с кистой поджелудочной железы. В иностранной литературе имеется свыше 500 случаев кист поджелудочной железы, в нашей литературе до 1932 г. Лебедев собрал 55 случаев. Кроме того, мы нашли описание еще 11 случаев [Черемисин—1934 г., Давыдов—1934 г., Красносельский (2 случая)—1935 г., Дорфман—1936 г., Спиридонов—1935 г., Шевченко (4 случая)—1937 г., Фой—1937 г.]. Таким образом, вместе с нашим случаем, мы имеем в советской литературе зарегистрированных 67 случаев кист поджелудочной железы.

Вопрос лечения подобных кист нельзя считать окончательно разрешенным. Имеется несколько методов лечения: 1) прокол живота и кисты, 2) полное вылущение кисты, 3) частичное вылущение кисты, 4) люмботомия по способу Мартынова, 5) марсупиализация и 6) способ Едличка (внутренний дренаж). Прокол кисты через брюшную стенку, как способ лечения, давно уже сдан в архив, и упоминание о нем представляет только исторический интерес. Полное вылущение стенок кисты, после ее опорожнения, было предложено Боземаном (1886 г.). Этот способ также не имеет теперь сторонников из-за технических трудностей при полном вылущении кисты и большого процента смертности, который этот способ дает. Такое же отношение отмечается у хирургов и к частичному вылущению кисты, т. е. к способу, как справедливо его называют многие авторы, неудавшегося полного вылущения, когда в силу анатомических условий приходится ограничиваться только частичным вылущением. Этот способ имеет почти все недостатки предыдущего способа и, понятно, не радикален.

В 1882 г. Гусенбауером была предложена, так называемая, марсупиализация, т. е. вшивание стенок кисты в разрез брюшной стенки после опорожнения кисты. Некоторые авторы оперировали двухмоментно: в первый момент фиксировалась киста к брюшной стенке, а уже вторым этапом она вскрывалась. Этот вопрос не является принципиальным в деле лечения кист, однако следует отметить, что большинство хирургов оперирует одномоментно. Как при одно-, так и при двухмоментной операции получается свищ, из которого в зависимости от случая в течение известного времени выделяется жидкость. Свищи эти порою бывают длительными и долго не зажи-

вают. Во многих случаях заживление свищей дело нескольких недель а в отдельных—многих месяцев. В случаях упорных свищей хорошие результаты дает безуглеводистая диэта Вольгемута. Так, Давыдову удалось в течение нескольких недель добиться заживления свища у больного, страдавшего много месяцев выделениями из свища, раз'едавшими кожу. Во многих случаях эти выделения не вызывают изменений со стороны кожи, и свищи быстро заживают. Там же, где киста содержит панкреатический сок, получается раз'едание кожи и заживление идет медленно.

Упорство незаживления свищей ставится в упрек способу Гусенбауера. Кроме того, этот способ вызывает возражение и потому, что после операции вшитая стенка кисты создает тяж, идущий от позвоночника к передней брюшной стенке. Этот тяж может стать причиной непроходимости кишечника.

Мартынов в своей известной диссертации (1897 г.) критикует способ Гусенбауера. Он рекомендует вскрывать кисту сзади, через поясничный разрез. По мнению Мартынова, этот способ наиболее физиологичен, он дает хороший сток при горизонтальном положении больного и не создает преград в брюшной полости. В своих выводах Мартынов пишет, что „лучший способ оперирования при большинстве кист, развивавшихся из тела поджелудочной кисты, есть pancreatotomia posterior". Однако, следует отметить, что этот способ, не взирая на всю его теоретическую обоснованность, не привился и в настоящее время почти никем не употребляется. Это об'ясняется возможно и тем, что правильная диагностика до операции ставится лишь в $^{1}/_{3}$ случаев, а в остальных—диагноз ставится лишь во время самой лапоротомии.

Едличко в 1921 г. предложил создавать внутренний дренаж при кистах поджелудочной железы. Для этой цели он рекомендует накладывать анастомоз между кистой и каким-нибудь полым органом брюшной полости. Этот способ избавляет больных от свища и других недостатков марсупиализации. Всего в иностранной печати приведено немногим свыше 10 случаев оперированных по этому способу. У нас опубликовано только 3 случая оперирования по этому способу (Красносельский—2 и Фой—1). Однако, и этот способ, являющийся „шагом вперед" (Заблудовский), не свободен от недостатков. Жидкость из кисты при анастомозе с желудком попадает в последний. Но с таким же успехом и из желудка может затекать его содержимое в полость кисты, на что имеется указание в литературе.

Первый случай оперирования у нас, в Союзе, по этому способу был доложен Красносельским (клиника Джанелидзе) 18.V.1935 в Хирургическом об-ве в Ленинграде. Больному был сделан энтероанастомоз по Брауну на расстоянии 40—45 см от plica duodeno-jejunalis. Вершина этой петли анастомозирована с кистой. На 17-й день больной выписан в хорошем состоянии. Второй случай доложен Фой 8.II.1937 в том же Хирургическом об-ве. На этом же заседании доложил о своем втором случае, оперированном по способу Едличко, Красносельский, считающий операцию внутреннего дренажа методом выбора.

Способ Едличко заслуживает большого внимания, но он не во всех случаях применим. Например, в случае Линдемана стенка кисты была настолько ломкой, что ее не удалось даже вшить в брюшную стенку. В этом случае об анастомозе не могло быть и речи.

Переходим к описанию нашего случая.

История болезни № 823. Больная Т. Я., 6 лет, поступила в 4-ю хирургическую клинику 27. VIII. 1937 с жалобами на боли в животе. По словам матери, три недели назад ребенок упал с чердака и ударился животом об ушко ушата. Три дня были рвоты, стул нормальный. Все явления постепенно стихли, и ребенок начал поправляться. Спустя несколько дней ребенок стал жаловаться на боли в подложечной области. Аппетит пропал, боли прогрессировали, температура повысилась. Состояние ребенка с каждым днем ухудшалось. Мать обратилась в районную больницу, откуда ребенок и был направлен в клинику. При осмотре: ребенок исхудавший, осунувшиеся черты лица, видимые слизистые бледные. В кровати занимает вынужденное положение. Температура при поступлении—37,8°, пульс 120 в 1 минуту, ритмичный. Верхняя половина живота выпячена. Перкуссия в этом месте дает абсолютно тупой звук. При пальпации ясная флюктуация и резкая болезненность.

Исследование крови. Нв—70%, лейкоцитов—10.000 эр.—4.000.000, сегм.—58%, палоч.—2%, лимф.—30%, эоз.—6%, моноц.—4%.

Исследование мочи: сахара нет, в остальном отклонений от N—также нет.

29.VIII под общим эфирным наркозом сделана операция (Голуб). Разрезом по средней линии выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Желудок сильно приподнят кверху; поперечно-ободочная оттянута резко книзу. Через крайне растянутую lig. gastro-colicum просвечивает больших размеров киста. При пункции последней получена жидкость светло-зеленого цвета, совершенно прозрачная. Киста была вшита в разрез брюшной стенки и затем опорожнена. Выделилось больше литра совершенно прозрачной жидкости. Брюшная полость над и под кистой наглухо зашита. Дно кисты уходит к позвоночнику, к месту положения поджелудочной железы.

После операции, в первые дни повязка сильно промокала, затем количество отделяемого стала уменьшаться. Самочувствие ребенка с каждым днем улучшалось. Мацерации кожи не было, и 12.IX, т. е. через две недели после операции, больная была выписана с почти зажившей раной. Выделений не было. При повторном осмотре через два месяца ребенок ни на что не жалуется, на животе окрепший рубец. Рана зажила через несколько дней после выписки.

Исследование стенки кисты дало следующее: некротическая ткань, пропитанная фибрином и инфильтрированная полиморфноядерными лейкоцитами (д-р Филипенко). Посев жидкости, добытой пункцией, роста не дал. Микроскопическое исследование жидкости по техническим причинам не было сделано.

Итак, в нашем случае мы имели ложную кисту поджелудочной железы травматического происхождения. Отсутствие раз'едания кожи дает нам основание думать, что в жидкости панкреатического сока не было. Нужно ли было в данном случае делать операцию Едличко или ограничиться марсупиализацией? Последняя в нашем случае себя полностью оправдала: в очень короткий срок свищ зажил. Мы полагаем, что при ложных кистах поджелудочной железы отказываться от простой и легко выполнимой марсупиализации не следует.

Марсупиализация—простая операция, достигающая в огромном большинстве случаев своей цели. Если нельзя быть таким категоричным, как некоторые авторы (Лебедев и др.), что марсупиализация является методом выбора, то отказаться от этой операции и сдавать ее в архив нет пока достаточных оснований.

К ВОПРОСУ ОБ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ПОЛИПОВ НОСОГЛОТКИ

Л. С. Кавалерчик.

Из Н-ского лазарета.

При наличии довольно обширной литературы по вопросу удаления полипов и фибром носоглотки, вопрос о методе оперирования до сего времени окончательно не разрешен.

Проф. М. Г. Личкус говорит о важности опубликавания каждого случая заболевания и лечения полипов носоглотки. Это и заставляет меня кратко сообщить о 5 случаях операции в носоглотке, проведенных мною у больных, которые до последнего времени находятся под моим наблюдением.

Случай 1. Ч. С., 25 лет (история болезни № 2202), жалуется на отсутствие носового дыхания в течение последних нескольких лет, головную боль, сухость во рту и гнусавый голос.

Тип аденоидного больного. Нос—слегка гипертрофированная средняя раковина слева. При фарингоскопии мягкое небо слегка оттянуто книзу, а при фонации виден край торчащей из носогл тки опухоли. При пальпации обнаруживается довольно плотная, гладкая, некровоточащая опухоль, которая сидит на нешироком основании на своде глотки.

11.VI.1928 больной поступил в Полоцкую городскую больницу для операции. Предварительно в течени недели получал внутрь 10-процентный хлористый кальций.

16.VI—операция. После кокаинизации, через нос, носоглотку и рот проведен резиновый тонкий катетер, коим оттянуто мягкое нёбо; таким образом, опухоль хорошо доступна. Большой тонзиллотом, введенный через рот, одет на опухоль и прижат к основанию черета. Движением, как при тонзиллотомии, основная часть опухоли снята. Затем большим кольцевидным ножом Бекмана из носоглотки удалены остатки опухоли, после чего прекратилось кровотечение.

Больной уложен в постель. Назначена холодная, жидкая пища, внутрь—хлористый кальций.

21.VI. больной выписан в хорошем состоянии, со свободным носовым дыханием.

Случай 2. Х. Х., 15 лет, явился с жалобами на затрудненное носовое дыхание, храпит ночью и спит с открытым ртом. Память в последнее время плохая, но учится удовлетворительно.

При осмотре обнаружена искривленная носовая перегородка вправо. При фарингоскопии видна слизистая опухоль, выполняющая носоглотку. При пальпации—гладкий, мягкий некровоточащий полип, исходящий из правой хоаны.

Больной помещен в стационар Полоцкой городской больницы. 18.XII.1928—операция.

Попытка удалить полип двумя пальцами, введенными через рот в носоглотку, не увенчалась успехом. Тогда полип был захвачен щипцами Мюзо, продетыми через кольцевидный нож Бекмана. Движением, как при аденотомии, полип удален. Кровотечения нет. Покой, холодная, жидкая пища.

Через 3 дня больной выписан в хорошем состоянии. Носовое дыхание свободное.

Случай 3. С. И., 34 лет, явился 26. XII. 1931 на прием, с жалобами на отсутствие носового дыхания и чувство постороннего тела в глотке. Болен несколько месяцев.

За последнее время носовое дыхание стало значительно хуже, что и заставила ег обратиться за помощью.

При осмотре: нос—гипертрофия левой средней раковины. При раскрытом зеве видна выпяченная левая половина мягкого нёба, из-за которой торчит гладкий край опухоли. При пальпации—опухоль гладкая, мягкая, исходит из левой хоаны.

Больной положен в Полоцкую городскую больницу для операции. Предварительно назначен 10-процентный хлористый кальций. 4.I.1932—операция (ассистент С. М. Михейкина).

Коленчатыми двухзубчатыми щипцами, введенными через рот полип захвачен и оттянут книзу. Из точек вкола щипцов выделилась гнойная жидкость и опухоль резко сморщилась. Тогда те же щипцы были продеты через кольцевидный нож Бекмана, которым опухоль срезана у самой хоаны. Дополнительно через нос удалена гипертрофированная раковина.

Носовое дыхание после операции свободное. Больной через 3 дня выписан с хорошим самочувствием.

Случай 4. Ш. М., 33 лет, поступила в Полоцкую городскую больницу 10.VIII. 1932 с жалобами на затрудненное носовое дыхание. Несколько раз ей удаляли полипы из носа, но дышать носом легче не стало.

Об'ективно: в носу из-под средней раковины слева торчит небольшая полипозная масса. При раскрытом рте виден торчащий из носоглотки слизистый полип. При пальпации полип гладкий, плотный, исходит из левой хоаны.

После кокаинизации, в нос проведена большая петля. Двумя пальцами левой руки, введенными через рот в носоглотку, петля одета на тело полипа и правой рукой затянута у основания его. Оторванный полип ущемился в хоане. Двухзубчатыми маточными щипцами введенными через рот в носоглотку, полип захвачен и после нескольких ротационных движений легко удален.

Кровотечение незначительное. Покой, холодная пища и внутрь—хлористый кальций. Носовое дыхание свободное.

13.VIII больная в хорошем состоянии выписана.

Случай 5. В. К., 24 лет, музыкант, явился 9.V.1935 на амбулаторный прием с жалобами на отсутствие дыхания через левую половину носа.

В 1934 г., по словам больного, в Смоленском военном госпитале была произведена аденотомия по поводу плохого носового дыхания. После операции дышать носом стало немного легче. Голос остался гнусавый.

Нос—незначительная гипертрофия левой нижней раковины. После кокаинизации с адреналином раковина сморщилась, и через широкий носовой ход стал виден в носоглотке большой полип. При задней риноскопии—большая слизистая, гладкая опухоль, исходящая из заднего конца левой нижней раковины, которая закрывает всю левую хоану.

Больной помещен в стационар для операции. Предварительно назначен 10 процентный хлористый кальций и в нос 2 процентный протаргол.

21.V.35—операция. После предварительной кокаинизации, через левую половину носа в носоглотку проведена петля. Двумя пальцами левой руки, введенными через рот в носоглотку, петля одета на полип и затянута у основания. Полип ущемлен в носу и вытолкнут в носоглотку, откуда больным рефлекторно выброшен. Величина полипа с крупную сливу. Кровотечения нет. Дыхание свободное.

16.V больной выписан в хорошем состоянии.

Как известно, опухоль носоглотки можно удалить через естественные пути (нос, глотку) и путем предварительного кровавого подхода к месту опухоли. Выбор метода, который приходится применять, зависит от формы и величины опухоли. В то время, как одни опухоли можно вырывать щипцами на подобие аденоидных разращений, другие безопаснее удалять проведенной через рот петлей.

Хоанальные полипы, заполняющие большую часть носоглотки или по крайней мере одну хоану, удалить петлей почти невозможно. В таких случаях, по предложению Ланге, употребляют снабженный длинной рукояткой и стержнем тупой крючек, которым захватывают полип у места его прикрепления. Таким образом, через нос иногда удается удалить полипы очень больших размеров (Бир. Браун, Кюммель).

Иванов, Орлеанский и Работнов в своем руководстве рекомендуют удалять опухоли введенными в носоглотку через рот пальцами,

с последующим удалением щипцами. Д-р А. И. Финк предложил удалять опухоли из носоглотки при помощи металлического пальца, одетого на указательный палец правой руки.

Наиболее сложными способами оперативного удаления опухолей носоглотки являются костно-пластические операции с временной резекцией верхней челюсти, с расщеплением мягкого нёба для доступа к носоглотке.

Еще и сейчас некоторые авторы говорят о возможности консервативного лечения носоглоточных фибром. К этим средствам относят: впрыскивание в опухоль мышьяка, спирта, применение электролиза, электро-коагуляции, диатермии и гальвано-каустики. Другие авторы предпочитают удалять опухоли через нос или же комбинированными способами.

Не говоря уже о том, что предварительные сложные способы оставляют на лице обезображивающие рубцы, они иногда влекут за собой довольно сильные кровотечения. Кроме того, для их выполнения требуется высокая техника и соответствующая хирургическая обстановка. Возможно, поэтому удаление носоглоточных опухолей чаще всего производится через естественные пути (по материалам М. Г. Личкуса).

Из описанных мною пяти случаев, мы имели один случай фибромы основания черепа (1) и четыре случая полипа носоглотки, из коих один (3) нагноился.

Опухоль основания черепа удалена частично тонзиллотомом и операция закончена аденотомом. В случаях 2 и 3 полипы в носоглотке фиксированы щипцами, продетыми через нож Бекмана, и удалены последним. В случаях 4 и 5 носоглоточные полипы оторваны петлей, продетой через нос, и удалены последующей тракцией щипцами.

Следует отметить, что в трех случаях полипы были расположены в левой хоане.

За 7—10 дней до операции больные получали внутрь 10-процентный хлористый кальций.

Небольшое кровотечение, которое наблюдалось в случаях 1 и 4, под влиянием холода, покоя и хлористого кальция скоро прекратилось.

Носовое дыхание в первых трех случаях восстановилось, и при повторном их осмотре в 1934 г. рецидива не наблюдалось. Случай 4 исчез из-под наблюдения, а случай 5 находится и ныне под моим наблюдением—в хорошем состоянии.

Не вдаваясь в подробный разбор и оценку преимущества каждого из способов вмешательства при носоглоточных полипах, мы полагаем, что все же предпочтение надо отдать способу удаления через естественные пути.

СЛУЧАЙ АРГИРИИ.

В. М. Острейко.

Из 2 хирургической клиники Белорусского мединститута (директор— проф. М. П. Соколовский).

6 ноября 1934 г. в клинику поступил больной Н. С., 36 лет от роду, направленный райздравом под диагнозом Morbus Addisoni; с жалобами на боль под ложечкой, усиливающуюся после еды через час—полтора, тошноту, икоту, общую слабость и похудение за последнее время.

Заболел он три года назад внезапно: началась рвота, озноб, боль под ложечкой. Припадок продолжался 3—4 дня, после чего все явления прошли, оставалась только слабость. Через некоторое время стали появляться боли под ложечкой, которые усиливались спустя полтора часа после массивной еды, как черный хлеб, картофель и др. Болевые периоды, вначале короткие, после длинных ремиссий становились более продолжительными, а благополучные периоды сокращались.

Благодаря периодически возникающим болям под ложечкой и диспептическим расстройствам, больного лечили все время „от язвы желудка". Среди разнообразных средств ему особенно хорошо помогало азотно-кислое серебро, которое он принимал долгое время. Через полтора года после этого он впервые заметил изменение окраски кожи, главным образом, лица, груди, живота. Лечащий его врач отменил ему это лекарство, однако цвет кожи с течением времени становился все темнее.

Детских болезней он не помнит. Перенес пневмонию в зрелом возрасте. Отец умер в преклонном возрасте, мать жива. Туберкулез и сифилис отрицает. Женат, имеет троих здоровых детей.

Больной астенического сложения, с плоской впалой грудью, со слабо развитым жировым слоем, вес—54 кг, рукопожатие слабое, мускулатура дряблая.

Легкие: перкуторных изменений не найдено, при аускультации одиночные бронхиальные хрипы, рентгенологических изменений нет.

Сердце: границы физикально и на рентгене без изменений, значительных аускультативных изменений не найдено. Пульс 80—90 в минуту.

Кровь: кровяное давление 105/65, Нв—67%, л.—5600, э—4080000, F. J.—0,7. Гемограмма: с.—64%, л.—31%, м.—2%, э.—3%, Р. В. отрицательна.

NaCl крови—526,1 мг%. Сахара—115 мг%, Са—16,2 мг%. Вязкость сыворотки крови—1,8.

Брюшная полость: печень, селезенка не прощупываются, брюшные стенки мягкие, живот впалый, при пальпации вправо от белой линии болезненная точка, нижняя граница желудка на полтора пальца выше пупка, перистальтика вялая.

Желудочный сок после пробного завтрака: свободной HCl—20,0, общей HCl—40,0.

Рентген: контуры желудка гладкие, смещаемость удовлетворительная, перистальтика живая. Bulbus duodeni без изменений.

Моча: реакция слабо-кислая, удельный вес 1010; белка, сахара, индикана, уробилина нет; в осадке оксалаты.

Уже после осмотра больного проф. Соколовским было высказано мнение, что мы имеем дело с тяжелой формой аргирии, а не Morbus Addisonii.

Кожа больного окрашена в буро-серый цвет с металлическим оттенком. Эта окраска занимает все покровы, но не везде одинаковой интенсивности. Больше всего окрашено лицо, шея и склера, в то время, как тыльные поверхности кистей рук свободны от всякой пигментации. Взят кусочек кожи с левого плеча для патолого-гистологического исследования.

По данным многих авторов, серебро отлагается в тканях в следующем порядке: кожа, стенки сосудов, особенно интима аорты, почки, слизистая оболочка кишек, печень, железы и селезенка, нервная, костная, хрящевая ткани, роговица. Хрусталик и стекловидное тело от серебра свободны (Кравков, Никифоров—Абрикосов, Репреев).

По вопросу отложения серебра в тканях имеются разные точки зрения. Одни авторы признают, что серебро откладывается в восстановленном виде; другие считают, что оно откладывается как альбуминат; третьи—как хлористое соединение или в виде окиси.

Патолого-гистологическое описание микро-препаратов кожи: для микроскопического исследования кожи был взят небольшой кусочек на правом плече, слабо пигментирован сравнительно с кожей лица и шеи. На плече кожа была окрашена в аспидный цвет. После проведения вырезанного кусочка через формалин, возрастающей крепости спирты и в заключение—парафин, полученные срезы исследовались в неокрашенном виде. После окраски кармином, гемотоксилином, эозином и по способу Van-Gieson.

Наиболее демонстративная картина получилась после окраски кармином. Мальпигиев слой кожи приблизительно нормальной толщины, можно отметить только несколько усиленный процесс ороговения на препарате. Пласты ороговевшего эпителия образуют пленку, легко отделяющуюся от более глубоких эпителиальных пластов. Клетки Мальпигиева слоя каких-либо заметных изменений не представляют. Только в основном слое эпителия наблюдается более резкая пигментация, правда, выраженная не во всех клетках одинаково интенсивно. Пигмент этот в виде мельчайших зернышек буровато-черного цвета целиком выполняет некоторые эпителиальные клетки. Мы не можем сказать, что пигмент этот является отложением серебра. Возможно, что в этом случае дело идет об увеличенном накоплении здесь нормального пигмента кожи. Соединительнотканная основа кожи состоит из волокнистой соединительной ткани, среди которой рассеяны поодиночно, то группами располагающиеся неправильной формы клетки, в протоплазме которых тоже имеются различные количества мелких буроватых пигментных зернышек (хромотофоры). Попадающиеся здесь разрезы волосяных влагалищ и сальных желез по периферии окружены как бы каймой буровато-черного цвета; при изучении этого слоя кожи под большим увеличением удается заметить, что мелкие зернышки пигмента расположены среди волокон соединительной ткани, как бы пристав к волокнам последних.

Важно изучить вопрос о предельных количествах, способных отлагаться в тканях и органах без вреда для организма, так как отравляющее количество серебра достаточно изучено. Коберт считает смертельной дозой 20,0—30,0 г серебра. Парижский полагает, что достаточно ввести 20,0 г серебра в кишечник для наступления аргирии. Некоторые авторы считают достаточным—15,0.

Harneck наблюдал случай общего отравления после введения в желудок кошке 3,0 г $Ag NO_3$.

В нашем же случае оказалось достаточным 6,5 г $Ag NO_3$, чтобы наступила аргирия. Аргирия вызвала резкое похудение и ослабление физических сил больного и привела его к полной инвалидности в течение трех лет.

Вопрос о предельных неотравляющих организм дозах $Ag NO_3$ индивидуально различен. В одних случаях, 30 г оказывается смертельной дозой, в других случаях, половинная доза вызывает уже заметное отравление на много лет, но без заметного понижения трудоспособности. В нашем случае значительная утрата трудоспособности связана с приемом всего лишь 6,5 г $Ag NO_3$.

Очевидно, вопрос о медленном отравлении серебром более сложен, чем это кажется на первый взгляд. Вероятно его необходимо увязать с возможной блокадой ретикуло-эндотелиальной системы, которая постепенно выводится из строя.

Чем обширнее блокада, тем скорее наступает потеря сил больного, тем сильнее будет выражаться инвалидность. Это наиболее вероятно, потому что серебро, вводимое в организм (в коллоидной форме) Collargol, захватывается ретикуло-эндотелиальной системой.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В БССР

Проф. Е. Л. Маршак.

Директор Белорусского туберкулезного института.

Успехи борьбы с туберкулезом в БССР представляют одно из многочисленных, наиболее ярких отражений торжества ленинско-сталинской национальной политики, претворившей бывшую царскую отсталую окраину в Социалистическую Союзную Республику, счастливую страну хозяйственного и культурного расцвета. Достижения в области борьбы с туберкулезом связаны с под'емом материально-культурного уровня трудящихся, освобожденных Великим Октябрем от капиталистической эксплоатации и построивших Сталинские социалистические пятилетки. Они являются также результатом активного воздействия на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза, широкого развития сети противотуберкулезных учреждений в системе социалистического здравоохранения.

В 1921 г., в момент создания в БССР основ противотуберкулезной организации, советскому здравоохранению не пришлось опереться даже на сколько-нибудь заметные следы от бывшей Лиги борьбы с туберкулезом—как наличие тубучреждений или кадры специалистов. Однако, переодолевая известные трудности, связанные с внедрением новых начал советской медицины, советское здравоохранение БССР правильно наметило основы планомерной противотуберкулезной организации по линии строительства тубдиспансеров, которые впоследствии должны были обрастать диференцированными вспомогательными учреждениями, как ночные санатории, тубсанатории постоянного типа, детские площадки и т. д.

Динамика развития сети противотуберкулезных учреждений в БССР за истекший период социалистического строительства является лучшей иллюстрацией мощного роста социалистического здравоохранения (см. табл. 1).

Таблица 1.

Рост тубдиспансеров в БССР.

1921 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1925—1937 гг.	Тубпункты
Минск Витебск	Бобруйск	Борисов	Гомель Полоцк Мозырь Могилев Слуцк	Орша Речица Шклов Климовичи Н. Белица Лепель	Горки Осиповичи Червень Добруш

По мере укрепления диспансерной сети в БССР, при ней развивались на протяжении периода с 1926 до 1937 г. так называемые диагностические отделения и ночные санатории. По состоянию на 1 января 1938 г. имелось 10 диагностических отделений с 71 койкой и 7 ночных санаториев с 183 койками (см. табл. 2).

Таблица 2.

Диагностические отделения и при тубдиспансерах и ночные санатории.

Тубдиспансеры	Койки	Ночные санатории	Койки	Временно не функционируют, подлежат восстановлению	Койки
Могилев	5	Минск . .	42	Могилев . .	40
Мозырь	5	Шклов . .	16	Гомель . . .	65
Полоцк	10	Бобруйск .	25	Колхоз им. Сталина, Острошицкого с/с. Минского р-на . .	10
Слуцк	20	Борисов .	30		
Речица	5	Орша . .	25		
Шклов	6	Полоцк . .	25		
Орша	5	Дубровно .	20		
Борисов	5				
Бобруйск	5				
Климовичи	5				
Итого . .	71		183		

Из вспомогательных детских учреждений при большинстве туберкулезных диспансеров функционируют летом детские площадки. Все туберкулезные диспансеры имеют рентгеновские установки и клинические лаборатории. Некоторые тубпункты пользуются соответствующим обслуживанием районных больниц (Осиповичи, Горки, Червень, Добруш).

Больничные туберкулезные койки к началу развертывания туборганизации в БССР совершенно не были представлены. Если в 1921 г. было всего лишь 10 больничных коек, то в 1928 г. их насчитывалось уже 110, а в 1937 г.—395 (см. табл. 3).

Таблица 3.

Туботделения и туббольницы.

Тубoтделения	Койки	Туббольницы	Койки
Бобруйск . . .	30	Тубинститут . .	70
Борисов . . .	30	Витебск . . .	30
Орша	18	Ново-Белица . .	110
Минск—1 тер. кл. .	10	Шестеревка, Климов. района (для хроников). . .	85
„ детск. кл.	12		
Итого . . .	100		295

Развитие санаторных учреждений в первые годы организации советского здравоохранения наталкивалось на значительные затруднения в выборе подходящих условий местности и приспособлении соответствующих усадебных зданий. Так, первый легочный санаторий был открыт в Смиловичах и функционировал только с 1922—23 гг. К тому же периоду относится организация первого детсанатория на 25 коек в „Новинках" (под Минском) для железисто-плевральных форм. Однако, с 1926 г. санаторное строительство в БССР начинает развиваться выраженными темпами с открытием туберкулезного легочного санатория НКЗдрава на 90 коек в Острошицком Городке—„Красный Октябрь", в 1928 г. костно-туберкулезного санатория на 220 коек в Черницах и в 1929 г. туберкулезного легочного санатория на 200 коек в Сосновке в системе ЦСПСБ. С 1934 года последовательно развертываются детские туберкулезные санатории:

в Крынках (Старо-Дорожского района)	—	160 коек
„ Могилеве	—	30 „
„ Ново-Белице	—	50 „
„ Острошицком Городке	—	80 „

Кадры.

К моменту организации 1-го тубдиспансера в Минске (1921 г.) кадры специалистов ограничивались одним врачем-фтизиатром, которому НКЗдравом и было поручено дело организации борьбы с туберкулезом в БССР. Развертывание туберкулезной сети, исключительное внимание делу борьбы с туберкулезом со стороны партии и правительства, содействие рабочей общественности, внедрение активных методов лечения туберкулеза—все это способствовало проявлению интереса врачей к проблеме борьбы с туберкулезом, а также и росту специальных кадров врачей-фтизиатров.

На 1 января 1938 г. по всей туберкулезной сети БССР уже насчитывалось 79 врачей-специалистов по туберкулезу, 152 медсестры, 13 патронажных сестер и 346 работников младшего и технического персонала. Тем не менее, растущую сеть туберкулезных учреждений далеко не удовлетворяет наличие врачей-специалистов и патронажных сестер, и острый недостаток в кадрах ощущается по сей день.

Основная деятельность Белорусского туберкулезного института.

Развитие сети противотуберкулезной организации потребовало создания Туберкулезного института, как об'единяющего, научно-консультативного учреждения НКЗдрава БССР. Однако, отсутствие специального здания позволило только заложить основы тубинститута (1928 г.) в приспособленном помещении бывш. дома отдыха. Здесь были развернуты: клинический стационар на 60 коек, соответствующие клинические лаборатории для обслуживания этого стационара и присоединенных к Институту двух диспансерных отделений (взрослого и детского туберкулеза), рентгеновские кабинеты, ларингологический кабинет и отдел социальной патологии.

Работа Тубинститута в первые годы своего существования была направлена на осуществление двух главных задач по линии борьбы с туберкулезом в БССР. Первая задача—окончательное оформление всех звеньев противотуберкулезной сети, отвечающих разнообразию

клинического контингента больных, разработка и изучение показаний для типовых учреждений. Второй задачей являлось—углубленное изучение новых научных проблем клиники туберкулеза (новое учение о фтизиогенезе) и внедрение их в практику лечения и профилактики легочного туберкулеза. Эти основные задачи систематически отражались как по линии дальнейшего развития тубсети и охвата ею всех промышленных и окружных городов, так и в практической работе тубдиспансеров, в „повороте всей туборганизации к производству“.

Тубдиспансерами были расставлены „посты“ из врачей-фтизиатров, которые должны были заострять свою бдительность на вспышках туберкулезного процесса, протекавших иногда под маской „гриппов“ или других длительных или периодических заболеваний. Установившаяся многими тубдиспансерами, по предложению Тубинститута, практика массовых обследований с применением рентгена отдельных групп рабочих (Могилев—шелковая ф-ка, Гомель—Гомсельмаш, Минск—ф-ка „Октябрь“) немало способствовала осуществлению известных директив ЦК ВКП(б) и решений МК ВКП(б) в 1929/30 гг. по вопросу здравоохранения и его поворота к производству. Эта практика способствовала также внедрению в среду фтизиатров современных представлений о ранних проявлениях легочного туберкулеза, их патогенезе и профилактике.

Реконструкция всего дела борьбы с туберкулезом, тесно увязанная с перестройкой научных проблем туберкулеза, всплотилась в решениях Белорусской конференции по борьбе с туберкулезом, происходившей в 1932 году. Эти решения ярко отражены в последующем этапе деятельности тубучреждений, в развертывании показательных типовых учреждений—как колхозный ночной санаторий в колхозе им. Сталина в 1934 году (в порядке шефства Тубинститута),—в строительстве детских санаториев последних лет и, наконец, в первых опытах насаждений тубпунктов в районных центрах.

Созданная Великим Октябрем противотуберкулезная организация в БССР с удовлетворением может отметить резкое падение смертности от туберкулеза в городах и городских поселениях БССР (в три раза) по сравнению с дореволюционным временем.

Научная проблематика тубинститута, которая вынуждена была базироваться в основном на клиническом и диспансерных отделениях, его представляющих, нашла свое выражение в следующих, примерно, опубликованных работах: 1. Методика наложения искусственного пнеймоторакса при легочном туберкулезе, осложненном вторичной эмфиземой. 2. Ранняя диагностика легочного туберкулеза и методы борьбы с ним в условиях участка. 3. К патогенезу, терапии и профилактике осложнений искусственного пнеймоторакса септическими эксудатами. 4. Патогенез легочных кровохарканий. 5. Клиническая оценка инфильтративных процессов в патогенезе легочного туберкулеза. 6. Эффективность и показания к операции френикоэкзереза. 7. Конструкция аппарата для отсасывания воздуха при спонтанном пнеймотораксе. 8. К вопросу об отборе больных в местные санатории. 9. Клинико-рентегонолические типы легочного туберкулеза и значение их в практике борьбы с туберкулезом. 10. Разреженный пнеймоторакс, его методика и клиническое значение. 11. Бронхоадениты в детском возрасте. 12. Туберкулезная аденопатия у взрослых. 13. Клинико-рентгенологические особенности острых пнеймоний детского возраста. 14. К вопросу о врожденных и приобретенных

бронхэктазиях. 15. Методика и клиника операций Якобеуса (пережигания внутриплевральных спаек) и др.

По линии подготовки кадров Тубинститутом проведены 4 цикла курсов усовершенствования по туберкулезу в 1931, 1933, 1934 и 1936 гг., а также подготовлены интерны для самостоятельной работы в туберкулезных учреждениях.

За период своего существования Тубинститутом были организованы 2 Белорусских конференции по борьбе с туберкулезом (1928 г. и 1932 г.), одна общегородская конференция совместно с рентгенологами и врачами здравпунктов (1934 г.) и Белорусское методическое совещание (в 1938 г.)

Ближайшие задачи борьбы с туберкулезом в БССР.

Несмотря на имеющиеся неоспоримые крупные достижения в области борьбы с туберкулезом в БССР, следует однако признать, что они далеко не отвечают тем требованиям, которые пред'являются ленинско-сталинской эпохой социалистического расцвета и неисчерпаемыми возможностями социалистического здравоохранения. Особенно чувствительно отставание в деле охвата противотуберкулезной сетью сельского населения, детей раннего возраста. Развитие борьбы со всеми проявлениями туберкулеза всех возрастов (раннего детства, костного, кожного) значительно ограничивается, благодаря недостаточной организиционной полноценности основных функционирующих тубучреждений—Тубинститута и Тубдиспансеров. Клиническая база Тубинститута представлена только стационаром для легочного туберкулеза взрослых; большинство тубдиспансеров не имеет всех необходимых отделений: костнотуберкулезные кабинеты представлены только в 30% тубдиспансеров детские приемы—в 50% всей диспансерной сети.

Дальнейшее продвижение противотуберкулезной организации в районную сельскую периферию должно быть обеспечено созданием в ближайшее время межрайонных тубдиспансеров, тубпунктов, колхозных ночных санаториев, а также проведением через курсы усовершенствования по туберкулезу соответствующих кадров районных врачей.

Введение в общую систему туберкулезной организации планомерной борьбы с костным туберкулезом и прочими проявлениями туберкулеза всех возрастов выдвигает, как первоочередную задачу, развертывание соответствующих отделений при всех тубдиспансерах и оформление их, как полноценных тубучреждений.

Сеть детских тубучреждений следует восполнить организацией специального санатория для локальных легочных форм туберкулеза. Борьба с проявлениями туберкулеза раннего детства должна быть направлена по линии обеспечения сетью специализированных лечебно-профилактических учреждений, как санаторные ясли, постоянные санатории для раннего детства, а также организацией профилактической вакцинации Б Ц Ж в республике и тубприемов при детских консультациях.

Расширение научной базы Туберкулезного института, путем развертывания в порядке намеченного строительства всех необходимых научно-исследовательских отделений, создаст в ближайшие годы необходимые предпосылки для разностороннего научного руководства борьбой со всеми проявлениями туберкулезной заболеваемости.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

А. М. Брук и Г. С. Левин.

Из 2 клинического городка, г. Минск.

Весьма важным моментом в работе стационарного лечебного учреждения является правильный и целесообразный график работы лечащего и обслуживающего персонала. От правильного распределения обязанностей среди персонала зависит четкая и планомерная работа стационара.

Органы здравоохранения мало занимаются вопросами организации работы и расстановки персонала в лечебных учреждениях. Институт социалистического здравоохранения также неизвестен лечебным учреждениям своими работами в области рационализации работы медицинского персонала. Если для врачей существуют кое-какие нормы его работы (также произвольно меняющиеся каждым лечебным учреждением), то для среднего и младшего персонала эти нормы совершенно отсутствуют. Так, например, нам неизвестно, сколько больных должна обслужить санитарка хирургического, терапевтического, глазного отделения, родильного дома и т. д. Ведь каждый стационар указанных специальностей имеет свои специфические особенности, требующие различной расстановки персонала.

Возьмем, к примеру хирургический стационар. В нем должны существовать разные нормы обслуживания: гнойных больных, послеоперационных и выздоравливающих. Если же взять г. Минск, то мы убеждаемся, что здесь каждое лечебное учреждение подходит по разному к этому вопросу. В одних—1 санитарка обслуживает 20 больных, в других—15 и 10. То же самое относится и к среднему персоналу. Совершенно нет определенных инструкций, каким количеством персонала должны обслуживаться стационары в ночное время. Здесь также царят разнобой и бесплановость.

Бюджетом обычно предусматриваются штаты, исходя из стандартного типа лечебного учреждения, не учитывая его индивидуальных особенностей. Совершенно разные штаты нужны для больницы, имеющей: 1) центральное или печное отопление, 2) механизированную прачечную или кустарную, 3) одноэтажное или многоэтажное здание. Наконец, количество персонала во многом зависит и от содержания

работы того или иного стационара. В особенности это имеет значение для лечебных учреждений на периферии.

Нам приходилось сталкиваться с вредными последствиями такого механического подхода при составлении бюджета на районе. Автором этих строк пришлось работать в двух разных сельских больницах, рассчитанных на одинаковое количество коек (30). Одна из этих больниц (Бацевичи, Кличевского р-на) занимала $^1/_3$ площади по сравнению с другой (Свислочская больница), которая в то время тоже имела 20 штатных коек. Свислочская больница имела водопровод, а Бацевичская его не имела. Свислочская больница позволяла иметь специализированные отделения (хирургическое, родильное), а Бацевичская этого не имела. Бюджет для этих больниц составлялся равный—с одинаковым количеством сестер, санитарок и т. д.

Таких примеров можно привести много. Но можно ли, например, выделять одинаковые штаты для 1 Клинического городка, имеющего центральное отопление, паркетные полы, и для 1 совбольницы, не имеющей этого.

В правильной организации работы лечебного учреждения, конечно, многое зависит от самих руководителей учреждений, от проявления ими инициативы и заинтересованности.

В настоящей статье мы, затрагивая общие вопросы организации труда работников стационара, считаем необходимым поделиться опытом рационализаторского мероприятия в распределении обязанностей среди младшего персонала отделений, проведенного во 2 Клиническом городке.

До начала 1938 г. в нашем городке, по примеру и вредным традициям, в свое время во всех лечебных учреждениях БССР и в большинстве лечебных учреждений СССР, не был разделен труд санитарки. В круг ее обязанностей входила уборка кроватей и помещений, сборка грязного белья, чистка плевательниц, подача судна, раздача пищи, кормление больных, мытье посуды.

Если врачебно-санитарный надзор категорически запрещает в столовых общественного питания и тому подобных учреждениях одним и тем же работникам производить уборку помещений, мытье полов и одновременно раздавать пищу, то выполнечие всех этих работ одновременно одним лицом допускалось и допускается в стационарах администрацией лечебных учреждений и врачебной общественностью. Такая система работы санитарок вызывает справедливые нарекания и недовольство со стороны больных.

Указанные мотивы побудили руководство 2 Клинического городка с апреля 1938 г. диференцировать труд санитарки палаты, введя официанток, т. е. лиц, в круг обязанностей которых входит раздача пищи и мытье посуды. Особо важно отметить, что введение института официанток при правильном, планомерном распределении труда между санитарками, освобожденными от разноски и раздачи пищи, не влечет за собой увеличения штата младшего медицинского персонала.

У нас сейчас в каждом отделении имеются официантки, которые исключительно разносят пищу больным—завтрак, обед и ужин,—убирают и моют посуду. Палатные же санитарки освобождены от раздачи и разноски пищи. На отделение в 60—70 коек у нас выделены по 2 официантки, которые вполне справляются с работой. Их рабочий день—от 11 час. утра до 8 час. вечера с перерывом на один час на обед.

Таким образом, мы получили возможность расширить наши штаты на 2 официантки в каждом отделении за счет перестановки сил и рационализации работы. Палатные санитарки, освобожденные от такой трудоемкой работы, как разноска пищи, получили возможность тем самым улучшить уход за больными и быть неотлучно в палате.

Мы считаем, что такое разделение труда младшего медперсонала можно безболезненно провести во всех лечебных учреждениях. Для этого врачебной администрации необходимо только проявить инициативу, рационально расставить силы персонала в отделениях.

О МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕНСОРНОЙ ХРОНАКСИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Проф. В. Н. Кузнецов и А. В. Минаев

Из экспериментально-клинического лепрозория и клиники кожных и венерических болезней Кубанского мединститута (директор—проф. В. Н. Кузнецов).

Если определение двигательной хронаксии получило признание и имеет значение преимущественно в области нервных болезней для диагноза и прогноза, то в отношении чувствительной хронаксии мы находимся в периоде выработки рациональной методики и накопления материала. Работая с определением преимущественно чувствительной хронаксии с кожной поверхности при некоторых дорматозах и особенно при проказе, мы считаем, что наши данные будут иметь значение и для выяснения патогенеза некоторых дерматозов. В особенности они будут иметь значение для изучения клиники проказы.

Первый вопрос, который возникает при исследовании чувствительной хронаксии,—каким активным электродом пользоваться, так как величины сенсорной хронаксии зависят в первую очередь от площади активного (катодного) электрода. Если происходит одномоментное изучение сенсорной хронаксии для характеристики болевой и тактильной чувствительности с определенных точек, то нужно пользоваться игольчатым электродом, что довольно кропотливо, трудно, но имеет большой интерес.

Методика. Мы пользовались хронаксиметром системы Вальтера—Бургиньона; исследования производились в определенное время и в отдельной комнате. Поза исследуемого стандартная: сидя, голова несколько вниз, исследуемая рука должна свободно лежать на столе. Менструации, недомогание и жалобы на слабость являются противопоказаниями для исследования.

Сперва мы производили исследования с игольчатым серебрянным электродом (0,1 мм). Индиферентный электрод (10 × 7 см), обернутый в несколько слоев марли, давался в другую руку исследуемого. Электроды смачивались раствором поваренной соли 1 : 4000. Мы придерживались методики Ферстера—Альтенбургера—Маркова, т. е. сперва волосками и щетинками Фрея находили болевую и тактильную точки и от них определяли реобазу, хронаксию и снова реобазу. Если получалось совпадение реобаз, то исследования данной точки заканчивались.

Не будем подробно останавливаться на этой методике, так как она подробно описана в монографии проф. Маркова (стр. 55—56).

Наши исследования, произведенные на здоровых лицах, совпали с данными проф. Маркова, т. е. хронаксия с болевой точки всегда была выше хронаксии с тактильной точки. Затем мы перешли к исследованию, по выше описанному методу, больных, страдающих разными формами проказы. Тут мы натолкнулись на ряд препятствий. Во-первых, далеко не все больные подошли для этого исследования, а во-вторых, игольчатый электрод стал вызывать легкое ранение кожи, т. к. приходилось его держать на точке дольше, чем у здоровых лиц. При исследовании этим способом нам удалось получить данные, которым можно было доверять, только у двух больных из 16 ти.

Больной, 25 лет, со смешанной формой проказы, с давностью болезни около четырех лет. При исследовании обычными методами некоторых видов поверхностной чувствительности обнаружено: по ульнарному краю обеих ладоней имеется потеря болевой и термической чувствительности при сохранении тактильной. На стопах по латеральному краю их—ослабление болевой чувствительности. Чувствительная хронаксия была исследована в верхней и нижней трети правого предплечья, на сгибательной поверхности, посредине:

	Хронаксия с такт. точки	Хронаксия с болев. точки
Верхняя треть	0,4 сигмы	2,4 сигмы
Нижняя "	1,6 "	не определяется.

Другой больной, 22 лет, с нервной формой проказы, болен около восьми лет. При исследовании некоторых видов поверхностной чувствительности обнаружено: отсутствие болевой термической и тактильной чувствительности, в виде перчатки одетой на ладонь, и значительное ослабление болевой и термической—при сохранении тактильной—по ульнарному краю предплечья. Еще большие нарушения чувствительности имеются на голенях. Чувствительная хронаксия была исследована в верхней трети правого предплечья, на сгибательной поверхности, посредине: хронаксия с тактильной точки—1,2 сигмы, хронаксия с болевой точки не определяется. На той же поверхности в нижней трети плеча хронаксия с тактильной точки—0,4 сигмы, с болевой точки—2,8.

Эти исследования подтвердили известное положение в лепрологии, что термическая и болевая чувствительность угасают одновременно, а тактильная держит себя более или менее изолированно. И далее, что исследования булавкой показывают нормальную чувствительность, а при исследовании чувствительной хронаксии с болевых точек таковая или совсем не определяется или дает удлиненную сигму, что говорит о распространении лепрозного процесса и на эти клинически здоровые участки кожи.

Проведя эти трудные и кропотливые исследования с игольчатым электродом, мы увидели, что они представляют интерес с физиологической точки зрения, но с клинической они нам дают немного. Во первых в клинике мы встречаемся с изменениями чувствительности не в каком-нибудь одном кожном рецепторе, а связанными с суммою рецепторов. Во-вторых, небольшие экскориации, на-

носимые очень часто игольчатым электродом, являются большим минусом для исследования. В-третьих, клинициста интересует в первую очередь динамика чувствительной хронаксии, для чего приходится повторять исследования через определенные промежутки времени, чего нельзя делать с игольчатым электродом, так как найти ту же точку повторно является невозможным. Единственным способом, чтобы найти ту же точку через месяц—другой, является точечное накалывание тушью, но это недопустимо по ряду соображений. Поэтому в дальнейших наших исследованиях мы стали пользоваться активным пуговчатым (посеребренным) электродом, площадью в 0,4 $см^2$ и таким же плоским круглым в 0,5 $см^2$, обернутым в один слой полотна. Между прочим, разницы между этими двумя электродами в определении не получалось. На коже химическим карандашом отмечалась зона, соответствующая данному электроду. Эти отметки нужно время от времени обновлять. Только при таких условиях можно быть уверенным, что исследования производятся все время с одной и той же зоны и только такие данные можно изобразить в виде кривой.

Трудности при определении чувствительной хронаксии, по сравнению с двигательной, состоят именно в том, что пороговый эффект определяется суб'ективными ощущениями. Определение чувствительной хронаксии с кожной поверхности может итти двумя путями. Во-первых, от сильного раздражения дойти до слабого, пока не исчезнут ощущения и о пороговом эффекте придется судить по первому ощущению независимо от его характера. Во-вторых, с учетом суб'ективных ощущений; например, если при определении реобазы—легкое покалывание, а при определении хронаксии—чувство толчка, то, повидимому, определяется в таких случаях тактильная чувствительность. У здоровых лиц можно получать ответы о суб'ективных ощущениях довольно точные, хотя тоже не у всех. Очевидно, это зависит от ряда трудно учитывамых факторов. У больных же (прокаженных) на клинически здоровых местах кожи очень трудно, а иногда и невозможно, добиться точных ответов о суб'ективных ощущениях. Поэтому у них мы определяем пороговый эффект независимо от его характера. Эту разницу между здоровыми и прокаженными, очевидно, приходится об'яснять какими-то тонкими, еще неуловимыми расстройствами чувствительности. У некоторых кожных больных, в особенности у которых имеется повышенная болевая чувствительность, суб'ективные ощущения бывают также настолько разнообразны, что ими руководствоваться нельзя. У них пороговый эффект мы определяем по первому ощущению.

Желая получить у больных ответ,—чувствуют ли они то или иное диференцированное ощущение, мы заметили, что некоторые из них соглашались, что чувствовали толчок или покалывание; но такой ответ получался при том же количестве микрофарад, т. е. мы сталкивались здесь с явлениями внушения. Поэтому мы считаем, что лучше не добиваться у больного диференцированного ощущения, если он не может быстро в нем разобраться. Кроме того, больной не должен подвергаться исследованию более 20—30 минут при повторном хронаксиметрировании и не больше 10—15 минут—при первом, иначе утомляемость внимания ведет к искаженным суб'ективным ощущениям, которыми нельзя пользоваться для определения порогового эффекта. Затем возникает вопрос,—имеет ли значение давление, производимое активным электродом на кожу. Для выяснения этого во-

проса, мы сконструировали активный электрод с градуированным давлением. В опыте были четверо здоровых лиц из медперсонала. Чувствительная хронаксия определялась по первому ощущению.

№ 1—М. С кожи средней трети сгибательной поверхности предплечья: обычное давление—15/0,32; давление в 100,0—15/0,4; давление в 200,0—15/0,28. (числитель—реобаза, знаменатель—хронаксия в сигм.).

Там же, но в верхней трети при давлении в 100,0 в течение 20 мин. получилось следующее: 1—20/0,28; 2—20/0,24; 3—20/0,24; 4—18/0,28; 5—18/0,28. Между давлением обычным и действием давления в 100,0 разницы почти не имелось: при обычном давлении—0,32 сигмы, а при давлении в 100,0—0,4, т. е. увеличение на 0,08 (величина незначительная). Кроме того, определение в течение 20 минут при одном и том же давлении давало почти полное совпадение. Разница в 0,04 сигмы, т. е. почти предел точности прибора.

№ 2—М. Н. С кожи предплечья в нижней трети сгибательной поверхности: обычное давление—30/0,6; давление в 100,0—20/0,8; давление в 200,0—20/0,1. Там же, но с разгибательной стороны: обычное давление—20/1,6; давление в 100,0—20/1,6; давление в 200,0—20/1,6. Внутренний край кисти—в течение 15 мин. было сделано четыре определения при давлении в 100,0 и получалась одна и та же цифра—20/1,2.

№ 3—Бас. В этом опыте разницы между обычным давлением и давлением в 100,0 не было.

№ 4—Буб. Верхняя треть внутренней поверхности предплечья: обычное давление—15/0,4; давление в 100,0—15/0,36. В нижней трети: обычное давление—30/0,4; давление в 100,0—30/0,42.

При определении сенсорной хронаксии со срединного нерва у того же лица получились следующие данные: обычное давление—40/0,45 при давлении в 100,0—35/0,42.

У больного, страдающего проказой без изменений чувствительности в области предплечья, при определении сенсорной хронаксии со срединного нерва получилось следующее: обычное давление—60/0,8; давление в 100,0—60/0,8.

Из этих опытов видно, что существенной разницы в величинах между определением при обычном давлении и давлении в 100,0—не имеется. Но все же лучше пользоваться активным электродом с градуированным давлением, чтобы в некоторых случаях добиться большей точности. Кроме того, такой электрод показан для лиц, начинающих заниматься хронаксиметрией и не выработавших еще у себя определенного давления электродом. Имеется еще ряд факторов, влияющих на величины чувствительной хронаксии.

Кроль (Сов. невр., псих., псих. г. т. II, вып. 2—3, 1934) указывает, что месячные, которые не действуют на двигательную хронаксию, на чувствительную оказывают свое влияние. Вполне возможно, что пол, возраст и состояние нервной системы, т. е. фон, на котором производится исследование, также влияют на чувствительную хронаксию. Почти все авторы указывают, что величины чувствительной хронаксии более лабильны, чем двигательной. У нас встречались больные, у которых величины чувствительной хронаксии были непостоянными, несмотря на то, что исследования производились с одного и того же участка кожи, и трудно было найти об'яснения для каждого отдельного случая.

Известен крайне интересный факт, что внушением можно уменьшать или увеличивать величины чувствительной хронаксии. Нам приходилось несколько раз исследовать чувствительную хронаксию у больной с красной волчанкой, которая очень боялась электрического тока. При первом исследовании на здоровой коже средней трети сгибательной поверхности правого предплечья хронаксия равнялась 0,04 сигмы, а в четвертый раз на том же месте 0,4 сигмы. Все это указывает на то, что внушение действует на вегетативную нервную систему, а последняя влияет на чувствительную хронаксию. Вегетативная же нервная система, в особенности у лиц, страдающих вегетозами, крайне лабильна, а отсюда возможны и колебания чувствительной хронаксии. Поэтому необходимо отмечать, находился ли больной при исследовании сенсорной хронаксии в душевном равновесии, или был в состоянии дистонии.

Выводы.

1. Для клинических целей у кожных больных более подходит активный плоский электрод, площадью в 0,5см^2; игольчатый же электрод для таковых целей мало подходит.

2. У кожных больных, во избежание ошибок, о пороговом эффекте приходится судить по первому ощущению, независимо от его характера.

3. При исследовании чувствительной хронаксии необходимо учитывать и отмечать состояние вегетативной нервной системы.

4. Больному необходимо рассказать и показать, что данное исследование не может причинить ему никаких неприятных болевых ощущений.

5. Необходимо отличать хронаксию с нерва от хронаксии непосредственно с кожной поверхности.

6. Хронаксиметрирование больных необходимо производить при одних и тех же условиях. Первое такое электрофизиологическое исследование не должно продолжаться более 15 минут, при повторных—не дольше 20—30 мин., во избежание утомления внимания, а отсюда получения неверных данных.

С'ЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЕРВЫЙ УКРАИНСКИЙ С'ЕЗД ОНКОЛОГОВ.

(Киев. 25—30 мая 1938 года.)

Наркомздравом и обществом онкологов Украины был созван в Киеве первый с'езд онкологов Украины. В работах с'езда приняли участие представители и других братских республик.

Всего на с'езде было заслушано 100 докладов. Большинство из них было посвящено вопросам теоретической и экспериментальной онкологии, а также вопросам организации противораковой борьбы. Последние два дня были посвящены вопросам биологической, хирургической и лучевой терапии злокачественных новообразований.

Председатель оргкомитета акад. А. А. Богомолец, открывая с'езд, в своем вступительном слове дал обзор современных достижений теоретической и экспериментальной онкологии. Кроме этого акад. Богомолец подробно остановился на роли и значении активной мезенхимы в развитии злокачественных новообразований. Проблемы борьбы против рака,—заявил акад. Богомолец, есть борьба за здоровую соединительную ткань.

Первый день был посвящен выяснению роли и механизма действия канцерогенных веществ (дибензантрацен, дибензпирен ортоамнодоазотонуол).

Рядом исследований установлено (проф. Магат, Шабад, Ларионов, Кроткина), что канцерогенные вещества влияют не только непосредственно на клетку в месте их приложения, но и способны влиять на сопротивляемость организма бластоматозному росту, создавая местную и общую „диспозицию" (проф. Магат). Экспериментальные опухоли возникают не только на месте первичного приложения канцерогенного агента, но и вдали от него. Ортоамидоазотолуол вызывает первичные опухоли печени не только при кормлении, но и при введении под кожу и при смазывании им кожи. При этом в коже никаких опухолей не появляется. Проф. Шабаду удалось получить в эксперименте развитие опухоли под влиянием введения мышам экстракта из печени человека, умершего от рака.

Второй день был посвящен вопросам биологии раковой клетки, предраковым состоянием, резистентности и диспозиции к раку.

Заслуженный деятель науки, орденоносец Петров Н. Н., перевивая опухоли методом коллодийных мешечков пришел к выводу, что „фактор прививаемости" находится в теснейшей связи с достаточным количеством живых и жизнеспособных клеток. Отделить „фактор прививаемости" от этих клеток с достоверностью не удалось.

Проф. Андрес (Москва), Сосенкова (Киев) представили интересные данные, касающиеся изучения хромосомного аппарата раковых клеток, показав ряд особенностей и характерных черт хромосомного аппарата, свойственных только раковым клеткам.

В докладах, посвященных предраковым состояниям ничего нового внесено не было. Докладчики (Халепский, Смирнова, Замкова, Шапиро) систематизировали и конкретизировали некоторые вопросы предраковых состояний.

К прекацироматозам кожи следует отнести рентгенологический дерматит, болезнь Пэджета и Бовена, а также рубцы после ожогов, язвенные процессы голени, тыла стопы и большого пальца. Гастрит, полипоз и язву желудка следует считать прекарциноматозным заболеванием желудка.

К прекацерам молочной железы относят: рубцы, доброкачественные отухоли, фиброзный мастит, кровоточащую грудную железу. Всякая опухоль грудной железы должна быть удалена как можно раньше.

Вопросам резистентности и диспозиции к раку были посвящены ряд докладов.

Проф. Брикар (Днепропетровск) и его сотрудники показали в эксперименте, что организм—носитель опухоли, не остается пассивным в отношении опухоли. Организм реагирует на опухоль не только клеточной реакцией, но и появлением в крови

ракового организма гуморального антибластического фактора (антитела). Антибластический гуморальный компонент крови ракового организма действует угнетающе на опухоль, только при значительной концентрации. Однако, опухоль, находясь в реагирующем против нее организме, приспосабливается к повышенной антибластической деятельности, благодаря чему и обладает возможностью развиваться в нем.

Проф. Кавецкий (Киев) сделал обстоятельный и интересный доклад о роли активной мезенхимы в резистентности и диспозиции организма к злокачественным новообразованиям. Рядом убедительных экспериментов докладчик показал, что факторы, понижающие функцию активной мезенхимы (блокада ретикулоэндотелия, спленэктомия, большие дозы рентгеновских лучей) ведут к ускорению роста опухоли, к увеличению числа метастазов. Наоборот, воздействия, повышающие активную роль мезенхимы, влекут за собою понижение роста опухоли, уменьшение процента послеоперационных рецидивов. Под влиянием действия канцерогенных веществ наступает резкое падение функции активной мезенхимы задолго до появления злокачественной опухоли. Параллельно с этим идет падение способности сыворотки растворять опухолевые клетки. Возникшая опухоль продуктами своего нарушенного обмена и продуктами распада вызывает еще большее угнетение функции активной мезенхимы, чем создаются благоприятные условия для распространения рака в организме путем инфильтрации и метастазированием.

Учение о роли активной мезенхимы в резистентности и диспозиции к злокачественным новообразованиям, открывает новые пути профилактики и рецидивов рака.

Вопросам обмена веществ в раковом организме кахексии и метастазированию было посвящено больше 20 докладов. Доц. Нейман (Москва) на основании ряда экспериментальных данных приходит к заключению, что повышение иммунитета к злокачественным опухолям сопровождается усилением окислительных и ослаблением гликолистических процессов; наоборот, понижение резистентности организма связано с угнетением тканевого дыхания и повышением гликолиза. Эти изменения, ясно выраженные при наличии злокачественных опухолей, появляются еще в преканцерозном периоде.

А. А. Терехова (Москва). Сравнительная проверка процессов дыхания и гликолиза в тканях, удаленных у больных, не страдающих раком и в тканях раковых больных—показала большую степень извращенного обмена в тканях раковых больных, а именно: резко выраженный анаэробный гликолиз и малое дыхание или полное его отсутствие.

Проф. Мищенко. Раковая кахексия является конечной стадией длительно и сложно протекающего патологического процесса. Попытки доказать наличие специфического ракового токсина не увенчались успехом. Источники раковой кахексии не всегда одинаковы. При возникновении ее имеет значение локализация опухоли, злокачественность, возраст больного, конституция, функция соединительной ткани, потеря крови в результате распада опухоли, условия роста опухоли. Одним из постоянных факторов в патогенезе раковой кахексии является непрерывное наводнение организма продуктами, извращенных диссимиляторных процессов. Необходимо рациональное питание, в частности преобладание в пище полноценных белков.

Доц. Кучеренка (Киев). У больных злокачественными новообразованиями иногда проявлений кахексии не бывает, а наоборот наблюдается парадоксальная упитанность, сохраняющаяся до летального конца. Причина такой парадоксальной упитанности связана с нарушением деятельности эндокринных желез. Чаще наблюдается у женщин.

По вопросам организации противораковой борьбы были представлены доклады видными специалистами в деле организации противораковой борьбы (проф. Páволоцкий, Маркович, Эпштейн (Ленинград), Мерков и др.).

Вовлечение широких масс врачей поликлиник, организация противораковых пунктов, санпросветработа среди населения являются первостепенными факторами в деле противораковой борьбы.

Биологические методы терапии были в центре внимания с'езда. Также было уделено внимание и биологическим методам диагностики.

Проф. Кавецкий и Дедюшикин представили данные над применением цитотоксической, так называемой, антиретикулярной сыворотки у раковых больных. Введение цитотоксической сыворотки не сопровождается никакими осложнениями и допускает повторные курсы ин'екции. Под влиянием введения сыворотки, у неоперабельных и некурабельных больных наступает заметное улучшение общего состояния.

Д-р Дынерман применял антиретикулярную сыворотку у оперированных больных для профилактики рецидивов. 14 больным, подвергшимся операции по поводу рака различной локализации, вводилась сыворотка (0,25—0,5). Срок наблюдения 16 месяцев. Выводы: антиретикулярная сыворотка является могучим дополнитель-

ным фактором в помощь оперативному лечению раковых опухолей, способствует рассасыванию метастазов, предохраняя от рецидивов.

Вопросам хирургического лечения злокачественных новообразований было посвящено 13 докладов. Профессор Мельников (Харьков) для систематического и планового подхода к выбору метода лечения делит все опухоли на 4 группы. Первая группа опухолей, где основным методом является хирургическое вмешательство: грудная железа, желудок, толстый кишечник, яичко, прямая кишка; вторая группа должна лечиться комбинированно: операция в сочетании с актинотерапией. Сюда относятся: матка, яичники, кожа, нижняя губа, язык. Третья группа, где должна применяться только актинотерапия: лимфосаркома миндаликов, опухоли глотки, лейкозы.

Четвертая группа представляет неизлечимые формы рака, где должны применяться палиативные симптоматические мероприятия. Сюда относятся: пищевод, поджелудочная железа, печень.

Выбор метода операции надо увязывать с возрастом. До 30 лет применять крайне радикальные операции. От 30—40 максимально радикальные. От 40—50—радикальные.

Проф. Брускин (Москва). Применение электрохирургии позволило шире и радикальнее удалять опухоль там, где оперативное вмешательство сопряжено с трудностями.

Савицкий (Москва) представил прекрасный доклад о хирургическом лечении рака кардиального отдела желудка. На основании детального изучения 70 случаев рака кардиального отдела желудка и 50 операций автор приходит к выводам, что успех оперативного лечения зависит от своевременного распознавания. Ардоминальная резекция кардиального отдела должна быть методом выбора.

Доцент Шанин (Ленинград). При оперативном удалении рака нижней губы в ранних стадиях надо захватывать здоровые ткани на 1 см. от опухоли, в поздних стадиях—1,5 см.

Хирургическому лечению подлежат случаи рака нижней губы, удаление которых не связано с образованием уродующего рубца, предпочитает прямоугольную резекцию нижней губы, так как клиновидное иссечение недостаточно радикально. Запущенные случаи рака нижней губы подлежат лучевой терапии.

Д-р Грабченко (Ленинград). На основании изучения 78 случаев рака полового члена считает, что: основным методом лечения рака полового члена должна быть операция. Лучевая терапия можеть быть применена только при поверхностных раках полового члена, не превышающих 2 см. в диаметре без метастазов в пах.

Райхман (Москва). Лучевое лечение рака полового члена, а также пред- и послеоперационное облучение паховых областей—противопоказано.

Заключительное заседание с'езда было посвящено вопросам лучевой терапии злокачественных новообразований.

Длительное дробное облучение рентгеновскими лучами имеет громадное преимущество по сравнению со старым фракционным методом облучения (Абрамович, Киев).

Методы непосредственного облучения по Шаулю (короткофокусный рентген) открывают широкие возможности. Представляется возможность внутрираневого облучения рака, недоступного непосредственному облучению (Дошлак, Москва).

Доцент Н. И. Бобрик.

ВТОРАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ГЛАЗНЫХ ВРАЧЕЙ БССР.

За время существования Советской власти наша страна, под руководством коммунистической партии и мудрейшего вождя мирового пролетариата тов. Сталина, достигла невиданных успехов на всех фронтах культурно-хозяйственной жизни, успехов, с такой полнотой отраженных в великой Сталинской Конституции.

Царская Россия, стоявшая на самом низком уровне хозяйственного и культурного развития, занимала одно из первых мест среди других государств по распространению эпидемических и социальных болезней, по детской смертности, по количеству слепых. В частности, население Белоруссии, где с особенной силой проявлялась свирепость царско-помещичьего, жандармского строя,—влачило жалкое существование. Санитарное состояние городов и деревень способствовало распространению сыпного тифа, холеры, оспы и других эпидемических заболеваний. Колтун, парша, трахома, слепота—вот характерные заболевания в дореволюционной Белоруссии.

Октябрьская революция создала все условия для того, чтобы с успехом бороться и ликвидировать это проклятое наследие царизма. И, действительно, несмотря на вредительство врагов народа, несмотря на всяческие козни троцкистско-бухаринских бандитов, шпионов и диверсантов, к XXI годовщине Великой Октябрьской социали-

стической революции мы пришли с большими достижениями: снижены основные причины слепоты в БССР—травматизм глаз, ползучая язва роговицы и трахома, значительно увеличена глазная коечная сеть (в 14 раз больше, чем в 1914 г.), увеличились кадры глазных врачей (в 10 раз больше, чем в 1914 г.), улучшено качество лечебной помощи, развернута научная работа, которая, по существу, до Октябрьской революции в Белоруссии не велась.

Для подведения итогов этой борьбы, для выяснения основных причин распространения трахомы, для установления принципов дальнейшей работы по ликвидации трахомы, для принятия конкретных мер этой борьбы,—по инициативе и распоряжению наркома здравоохранения БССР, 29.VI. 1938 г. была созвана в Гомеле при Белорусском трахоматозном институте вторая Всебелорусская конференция глазных врачей.

Конференция, на которой присутствовал и принимал активное участие нарком здравоохранения, большинство глазных врачей БССР, трахоматозные сестры, представители органов здравоохранения Гомельской области и гор. Гомеля и представители общественных организаций,—прошла в атмосфере большой деловитости и активности ее участников.

Конференция началась докладом директора трахоматозного института профессора А. Я. Брука о деятельности института. В кратком докладе профессор Брук обрисовал достижения института со дня его открытия (1934). Эти достижения выразились, главным образом, в огромной лечебной работе, в подготовке кадров трахоматозных сестер (116 человек), в организации глазных отрядов, с успехом проводивших на местах лечебную, санитарно-просветительную, обследовательскую работу и работу по подготовке глазных кадров.

В порядке самокритики докладчик указал и на недочеты в работе института: недостаточная подготовка врачебных кадров, неукомплектование института научными кадрами, недостаточное использование научного оборудования института, недостаточная научная работа. В заключение докладчик указал на ряд конкретных мероприятий, которые институт должен будет в кратчайший срок провести в жизнь, чтобы ликвидировать указанные недочеты и тем самым выполнить задачи, возложенные Наркомздравом на институт при его организации.

Состояние глазной помощи в БССР, заболеваемость по основным причинам слепоты (трахома, травматизм, ползучая язва роговицы), распространение слепоты и т. д., их динамика в историческом разрезе, огромные достижения по всем этим показателям в настоящее время,—вот что рядом фактов и цифр показал в своем докладе автор этих строк. До Октябрьской революции один глазной врач приходился на 691454 жителя, в настоящее время—один врач на 71257; до Октябрьской революции одна глазная койка приходилась на 135714 жителей, в настоящее время—одна на 12220 жителей. На ряде конкретных фактов докладчик показал, как в связи с коренным изменением социально-бытовых условий после Октябрьской революции, культурно-хозяйственным ростом страны и благодаря принятым партией и правительством мероприятиям, снизился в значительной мере показатель трахомы, показатель других распространенных в БССР заболеваний глаз, показатель слепоты. Не будучи, однако, полностью удовлетворен достигнутыми успехами, докладчик указал на недочеты в работе и предложил ряд конкретных мероприятий для их ликвидации.

Состояние затрахомленности БССР получило яркое отражение в докладах проф. Брука, д-ров Якерсона и Мейтиной, а также в выступлениях товарищей с мест. Кроме того Трахоматозным институтом была представлена картограмма, иллюстративно демонстрирующая положение интересовавшего конференцию вопроса. Все докладчики не ограничивались только констатацией фактов, но дали анализ всего вопроса и выводы в виде конкретных предложений по борьбе с трахомой.

Как о работе, стоящей на грани между упомянутым циклом организационных докладов и циклом научных докладов, следует упомянуть об интересном и содержательном докладе д-ра А. М. Мовшовича „Трахома и слепота". Докладчик на конкретных фактах, анализируя в критическом аспекте имеющиеся по этому поводу работы, сопоставляя социальные условия с показателем слепоты, дает яркую картину того, как капиталистические отношения способствуют росту этого показателя, а социалистические устои резко снижают этот показатель и привели к значительному понижению слепоты в БССР.

Кроме организационных докладов, был заслушан ряд клинических и лабораторных работ по вопросам патологической анатомии (доклад проф. А. Я. Брука „К вопросу об этиологии паннуса при трахоме"), биохимических реакций крови при трахоме (Ф. Г. Марголина), связи трахомы с туберкулезом (К. М. Калинин), лечения трахомы (И. М. Лапидус), хирургического лечения при завороте и трихиазе (Д. В. Кантор). При обсуждении этих докладов, как и при обсуждении докладов организационного характера, активное участие принимали врачи с периферии, которые давали ценные

указания. Это свидетельствует о том, что советский врач, являясь борцом за дело социализма, организатором и активным участником борьбы с трахомой, строит свою практическую работу на научной базе.

В заключение с яркой речью выступил нарком здравоохранения БССР Коснувшись положения БССР в смысле ее затрахомленности, нарком нарисовал картину санитарно-гигиенического состояния республики до Октябрьской революции и в настоящее время. Далее, он дал оценку деятельности трахоматозного института. Отметив достижения института, нарком сделал критический анализ этих достижений, указал на ряд подлежащих исправлению недочетов как в организационной работе института, так и в отношении подготовки врачебных кадров и в отношении научной работы.

Останавливаясь почти на каждом заслушанном докладе, нарком произвел научный анализ их, подвергая справедливой критике и давая научно-обоснованные указания. Особое внимание нарком обратил на вопросы борьбы с трахомой и указал на необходимые мероприятия для скорейшей ликвидации этого пережитка капиталистического господства.

На основании указаний, высказанных наркомом в его выступлении, в результате предложений докладчиков по основным вопросам организационного характера, предложений, выдвинутых товарищами с мест, большевистской критики и самокритики,— выплыл ряд необходимейших для ликвидации трахомы мероприятий, которые и были оформлены в конкретной резолюции. Эта резолюция широко охватывает вопрос о кадрах, причем указывает точное количество подлежащих подготовке врачей—специалистов разной категории, фельдшеров и сестер; точно указываются и об'екты, где эти кадры будут готовиться, в какой срок они должны быть подготовлены. Признавая необходимым перенести борьбу с трахомой на участок, в резолюции особое внимание уделяется подготовке участкового персонала. Далее, значительное место занимают вопросы коечного фонда и амбулаторной помощи; в результате реализации этого плана (а он вполне реален), БССР будет обеспечена значительным коечным фондом; в частности, очень важным мероприятием является развертывание в каждом районе не менее 5 трахоматозных коек. В резолюции указаны также мероприятия по санитарно-просветительной работе и по вопросам научно-исследовательской работы в области изучения трахомы.

Как уже указано выше, работа конференции прошла с большим под'емом, при очень активном участии большинства делегатов. Положительной стороной этой конференции следует считать и то, что она оживила интерес в массах врачей к интересующему нас вопросу.

Как на недочет, следует указать на поспешность созыва конференции. Это обстоятельство лишило многих товарищей возможности разработать и представить имеющийся в их распоряжении материал, в достаточной мере подготовиться к конференции. Этот недочет нам придется учесть, дабы не повторить его в последующих конференциях.

Сумеем ли мы выполнить взятые на себя и записанные в резолюции обязательства?

Несомненно сумеем, ибо для этого имеются все данные: партия и правительство уделяют много внимания делу здравоохранения СССР вообще и БССР в частности. В результате этого, на периферии, где до Октябрьской революции не было никакой глазной сети, где трудящиеся не могли получить никакой глазной помощи, где трахома и слепота от нее свили себе прочное гнездо,—после Октябрьской революции развилась широкая сеть глазных учреждений, обеспеченных высококвалифицированными кадрами и оснащенных прекрасным оборудованием.

Широкое развитие социалистических форм труда, ударничество, соцсоревнование, стахановское движение, коренное изменение социально-бытовых и экономических условий трудящихся, внимание партии и правительства к излагаемому нами вопросу, внимание к нему советской общественности,—все это дает нам гарантию, что в ближайшее время слепота будет сведена до таких размеров, при которых вопросы борьбы с нею будут сняты с повестки дня. И мы этого добьемся в кратчайший срок, ибо при тех условиях, которые созданы коммунистической партией и советским правительством, в стране имеющей самую демократическую в мире Сталинскую Конституцию, в стране, где блок коммунистов и беспартийных единодушно избрал свой высший орган власти—Верховный Совет, в стране, где трудящимся обеспечено право на труд и самый труд, право на образование и возможность получения этого образования, право на отдых и возможность в прекрасной обстановке получить этот отдых,—в такой стране не место эпидемическим и социальным болезням, не место трахоме и слепоте.

Проф. М. А. Дворжец.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ БЕЛОРУССКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА СОВМЕСТНО С БЕЛОРУССКИМ ИНСТИТУТОМ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ.

7.VI.1938 г., Минск.

Председатель—*проф. Е. В. Корчиц.* **Секретарь**—*доцент Ф. М. Голуб.*

1. Демонстрация больных.

1. Проф. Е. В. Корчиц показал больного, 28 лет, страдающего туберкулезным лимфаденитом шейных желез на протяжении трех лет. Консервативная терапия без эффекта. Вопреки общепринятому взгляду, была сделана оперативным путем экстирпация всего пакета нагноившихся желез. Послеоперационный период гладкий. Интерес демонстрации в необходимости пересмотра шаблонных методов лечения, допуская в соответствующих случаях оперативные методы терапии.

Вопросы: *проф. Клумов*—не было ли случаев миллиарного туберкулеза после этих операций?

Д-р Бирилло—какие технические трудности представляла операция?

Ответы: В одном только случае был смертельный исход у очень истощенного больного.

Железы были интимно спаяны с крупными сосудами и выполнение оперативного вмешательства требовало известной осторожности.

2. Д-р Л. Г. Гранов показал больную, 32 лет, поступившую в госпитальную хирургическую клинику для операции по поводу опухоли, легко прощупываемой в правом подреберьи. Реакция Вассермана—положительная. Специфическое лечение. Выздоровление. Цель демонстрации—напомнить практическим врачам о необходимости исследования на R. W., что в практической работе нередко упускается.

3. Д-р О. Г. Плисан демонстрировал препарат рака Фатерова соска. Диагноз был поставлен при жизни и подтвержден на секции.

4. Д-р А. З. Марголин демонстрировал препарат камня мочеточника, удаленного оперативным путем после безуспешного консервативного лечения. Интерес демонстрации заключается в том, что обзорные снимки не обнаружили камня и лишь интравенозная пиэлография сергозином подтвердила наличие камня. Д-р Марголин сообщает также и о другом аналогичном случае, где, только благодаря сергозину, было установлено наличие камня в мочеточнике.

5. Д-р Певцов демонстрировал больного, 17 лет, доставленного в тяжелом состоянии в госпитальную хирургическую клинику по поводу гемофилии. Резкая припухлость левого тазобедренного сустава, парез нижней конечности вследствие сдавления нервов сгустками крови. После троекторного переливания крови состояние улучшилось. Из разреза мягких тканей удалено большое количество сгустков крови.

6. Д-р Орловский демонстрировал препарат и рентгенограммы мегасигмы, резецированной одномоментно.

7. Проф. Ю. М. Иргер* показал ребенка, поступившего в одно из лечучреждений г. Минска по поводу травматического разрыва уретры. Мальчик был в весьма тяжелом состоянии. Было сделано надлобковое сечение. Затем в клинике докладчика, ребенку произведена 3 раза резекция уретры, после чего удалось добиться положительного эффекта.

8. Д-р Г. С. Левин (Осиповичи) сообщил о случае ножевого ранения печени. Лапаротомия. Швы на печень. Выздоровление.

9. Д-р Ханин (Институт переливания крови) демонстрировал аппаратуру для гемотрансфузии. Особо докладчик остановился на аппарате, предложенном д-ром З. Берманом для капельного переливании крови. Аппарат очень прост по конструкции и удобен для работы. Все капельные переливания, произведенные в госпитальной хирургической клинике произведены аппаратом д-ра Бермана.

Доц. Ф. М. Голуб.

---

* Доклад проф. Ю. М. Иргера „Актуальные вопросы переливания крови“ (напечатан в этом номере журнала).

К НАУЧНОЙ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ.

Проф. Л. Я. Ситерман.

I. Распространение пороков сердца и их этиология.

Задача этой работы выяснить распространение ревматических поражений сердечно-сосудистой системы. Желательно оттенять отдельно митральные и аортальные пороки, степень компенсации, работоспособность и т. д.

Литература:

1) Зеленин и Гельштейн.—Учебник внутренних болезней.
2) Зеленин и Лясс.—Пороки сердца.
3) Кончаловский.—Клинические лекции. I-й выпуск.

II. Рациональное лечение крупозной пнеймонии.

В об'ем этой темы входят статистические данные о распространении пнеймонии, клиническом течении их, осложнении и разбор применяемой терапии: камфора, коффеин, интравенозные и внутримышечные применения настойки строфанта, кровопускание.

Литература:

1) Зеленин и Гельштейн.—Учебник внутренних болезней.
2) Кончаловский.—Клинические лекции. 3-й выпуск.

III. Клиника и лечение паренхиматозных гепатитов (т. н. катарральная желтуха).

В содержание этой темы входит выявление эндемичности данного заболевания, симптоматологии, длительности течения и лечения диэтического с большой нагрузкой углеводами, сахаром с соответствующими малыми дозами инсулина—5-10 единиц ежедневно.

Литература:

1) Зеленин и Гельштейн.—Учебник внутренних болезней.
2) Кончаловский.—Клинические лекции. 3-й выпуск.

IV. Распространение грудной жабы в соответствующем районе и ее клиническая картина.

Работа должна быть клинико-статистической, необходимо учесть условия жизни, питание, интоксикацию (алкоголь, никотин), условия работы, пол, возраст.

Желательно освещение длительности припадков, характер распространения болей соответствующие об'ективные данные.

Литература:

1) Зеленин и Гельштейн.—Учебник внутренних болезней.
2) Кончаловский.—Клинические лекции. 1-й выпуск.
3) Проф. Л. Я. Ситерман.—Инфаркт миокарда.
4) Грудная жаба. Под ред. проф. Губергрица.

V. Частота плевритов в отношении к дальнейшему развитию туберкулезного процесса.

Учет больных с перенесенным плевритом, диспансерное наблюдение за ними, учет изменений в легких, оценка их работоспособности.

Р Е Ц Е Н З И И

РУКОВОДСТВО ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, 5 ТОМОВ.

Paris, Masson et Cie. 1937.

L. Ombredanne et P. Mathieu.

Пышный расцвет медицинской науки и отдельных ее специальностей делает последние все менее и менее доступными для полного и всестороннего изучения их одним лицом.

Но еще труднее бывает одному лицу подвергнуть литературной обработке целую специальность, дисциплину и представить ее в таком об'еме и изложении, чтобы она могла служить исчерпывающим руководством для каждого, кто захочет получить подробный ответ на любой вопрос по данной специальности. Тогда остается один путь—распределение всего материала между большим или меньшим количеством специалистов, из коих каждый берет на себя обработку специальной главы или отдела.

Этот путь, правда, не лишен некоторых теневых сторон, а именно: риска нарушения единства всего труда, его цельности и возможности выявления некоторых суб'ективных взглядов и мнений того или другого автора.

От этих недостатков свободен прекрасный труд—„Руководство по ортопедической хирургии", изданный под редакцией двух известных ортопедов—Омбреданна и Матье. Первый является специалистом по ортопедии и хирургии детского возраста, второй—возраста подростков. Кроме того в руководстве приняли участие 63 лучших ортопеда и травматолога Франции.

Все пять томов разделены на 4 части. Первая часть руководства является вводной и излагает общие принципы ортопедии и травматологии. Подробно разобраны все врожденные деформации опорно-двигательного аппарата, а также патологическая картина заболеваний костей и суставов. Значительное место отведено ортопедо-хирургической технике. С достаточной полнотой, с учетом иностранных авторов и специалистов изложено учение о наиболее ходких операциях, как остеотомии, остеосинтезы, артроризы и др. Далее разобраны заболевания нервной системы, сосудов, а также болезни крови. Не забыто и переливание крови, которому придается большое значение при травматических повреждениях. Рентгенодиагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата отведено должное место.

Изложением общих принципов протезирования ортопедических больных, а также кинезо-, физио- и климатотерапии заканчивается общая часть руководства.

Вторая часть посвящена разбору заболеваний позвоночника и плечевого пояса с верхней конечностью. С исчерпывающей полнотой изложено все учение о сколиозах и терапия этого упорного и распространенного заболевания.

Следует отметить, что мы не нашли в этой части ни одного слова об остеомаляции позвоночника у беременных и у женщин после родов. Возможно, что причиной является редкость этого заболевания во Франции, на что имеется указание в общей части руководства.

Спондилиты туберкулезные, описанные крупным знатоком—Сорелем, изложены в свете новейших данных о туберкулезе. Большой отдел отведен в патологии верхней конечности травматическим повреждениям последней. Вопрос этот—актуальный с точки зрения оборонной, а также и страховой медицины. В конце приведена техника всевозможных хирурго-ортопедических вмешательств на позвоночнике и верхней конечности. К чести авторов нужно сказать, что изложение ряда глав не ограничивалось только ссылками на французских авторов, но с достаточной полнотой использована и мировая литература.

В третьей части изложены заболевания таза и нижней конечности—опять со значительным уклоном в травматологию.

Наконец, четвертая часть излагает учение об ампутациях; много места отведено патологии культи, проблеме болей в последней. Протезированием и техникой конструкции ортопедической обуви, а также главой об обеспечении инвалидов труда и войны—заканчивается все руководство.

В рамках этой рецензии невозможно дать оценку каждому автору и каждой главе. Одно можно сказать, что перед нами капитальный труд, с которым необходимо быть знакомым не только каждому ортопеду, но и каждому хирургу, педиатру и невропатологу.

Рисунки и рентгенограммы, общим числом около 3000, исполнены с необычайной тщательностью, как и все внешнее оформление рецензируемого труда.

Проф. М. Н. Шапиро.

ХРОНИКА

★ В ответ на обращение с'езда сельских врачей Белоруссии Народный комиссар здравоохранения Украины, депутат Верховного Совета УССР тов. И. Овсиенко сообщил:

— Обращение Белорусского с'езда сельских участковых врачей ко всем сельским врачам Украинской ССР воспринято врачами Советской Украины с большим под'емом. Мы получаем десятки писем наших сельских врачей, приветствующих обращение своих белорусских товарищей.

Сельский врачебный участок, как организационное низовое звено, был у нас сознательно ослаблен врагами народа, пролезшими в руководящие органы здравоохранения. Историческое постановление правительства не только восстанавливает это важнейшее звено, но и создает все условия для его всемерного развития.

Во всех областях Украины уже проведена работа по определению территориальных границ сельских участков. В ближайшее время мы направляем в села 400 городских врачей, не считая молодых выпускников 1938 г. Всего в этом году в села будет направлено около 1000 врачей.

Мы многое делаем для повышения квалификации сельских врачей. 500 участковых врачей будут заниматься в этом году на специальных курсах при институтах усовершенствования. Во время учебы их будут замещать на участках городские врачи. Для наиболее одаренных и способных сельских врачей республики мы закрепили 40 аспирантских мест в медицинских институтах.

В начале июля мы созываем в Киеве совещание актива сельской комиссии Наркомздрава республики. На совещании будет присутствовать свыше 150 участковых врачей.

На Украине работают несколько тысяч прекрасных, преданных своему делу сельских врачей. Они с величайшей охотой передадут свой опыт белорусским товарищам и, в свою очередь, позаимствуют ценный опыт сельских работников Белоруссии. („Мед. работн"., № 37, 30/VI—38).

★ Подговка учебников для медицинских вузов. Для обеспечения своевременного выпуска к началу занятий учебников для студентов медицинских институтов Наркомздрав СССР предоставил отпуска ряду профессоров и научных работников, занятых составлением новых пособий.

Профессор О. Н. Бронштейн работает над учебником по медицинской микробиологии, проф. А. Н. Сысин—над учебником по общей гигиене, проф. Н. К. Игнатов готовит к печати практическое руководство по методике санитарно-гигиенических исследований, научный работник Всесоюзного института экспериментальной медицины Н. К. Коган редактирует учебник по микробиологии. Работой по подготовке учебников заняты также профессора В. С. Левит, Я. С. Пржеборовский, Г. Н. Сперанский, В. В. Гориневская, А. П. Прокофьев, Э. М. Гельштейн и др.

На редакционную работу в Медгиз временно переброшена и группа научных работников I и II Московских медицинских институтов, Всесоюзного института экспериментальной медицины и других научных организаций. („Мед. работн"., № 34, 26. VI.—38).

★ Зарубежные издания об охране материнства и младенчества в СССР. Многочисленные иностранцы, посещающие нашу страну, не могут скрыть своего изумления при виде того, что сделала Советская власть для женщин и детей.

Престарелые ветераны английской рабочей партии и кооперативного рабочего движения супруги Сидней и Беатриса Уэбб много страниц своего большого труда об СССР—„Советский коммунизм—новая цивилизация"—посвятили описанию наших яслей, консультаций и родильных домов.

За последние три года в Америке и Англии вышло много книг специально об охране здоровья матери и ребенка в СССР. Алиса Файльд, Фаннина Галь, Джэсика Смит, Элла Винтер, Доротти Томпсон—это все зарубежные авторы больших книг об охране материнства и детства в Стране Советов.

Изданная Наркомздравом в 1934 году на французском языке книга доктора Э. Конюс переиздана в Голландии, Бразилии, Австралии и Китае. В 1937 году Колумбийский университет прекрасно издал книгу В. М. Федяевской о наших яслях.

Руководящие деятели здравоохранения в Америке и Англии доктор Артур Ньюсхольм и Джон Кенгсбери в результате путешествия по СССР выпустили недавно книгу „Красная медицина" в которой они, между прочим, пишут:

Наши наблюдения над многочисленными яслями, консультациями, детскими комнатами на вокзалах наполнили нас восторгом и изумлением... Своей замечательной работой в этой области Советский Союз бросил вызов всему миру. Америка должна принять этот вызов и с честью выдержать испытание. („Мед. работн"., № 36, 28 VI.38).

★ Книги о советской медицине. Газета „Дэйли уоркер" (Англия) в своем майском обзоре среди лучших книг, вышедших в Англии за время с мая 1937 г. по май 1938 г., отмечает книгу Х. „Сигрист „Социализированная медицина в СССР", и сборник „Медицина в СССР сегодня" („Мед. работн". № 33, 15.VI.38).

★ Высокая смертность матерей в США. „Техническая комиссия по медицинской помощи" при междупарламентском комитете по координированию деятельности здравоохраненческих организаций в Америке недавно опубликовала отчет о состоянии здоровья населениям. В отчете подчеркивается, что 17000 матерей ежегодно умирает от болезней, непосредственно связанных с родами.

Во многих случаях причиной смертности служит неоказание медицинской помощи. В течение года около 250000 женщин рожает без помощи врача. Из 49 санитарных врачей только 6 указывают, что в их районах имеются возможности для оказания помощи роженице. („Мед. работн". № 36, 28.VI.38).

★ Зигмунд Фрейд эмигрировал из Австрии. Проф. Зигмунд Фрейд после захвата Австрии гитлеровцами эмигрировал из страны и намерен поселиться в Лондоне. Фрейд, которому сейчас минуло 82 года, подвергался всякого рода издевательствам со стороны гитлеровцев и был лишен возможности продолжать свои научные работы. Проф. Фрейд, как известно, уже длительное время состоит членом Британской Академии наук („Се суар"). („Мед. работн"., № 34, 20. VI. 38).

★ Героизм испанского врача. Париж. (ТАСС). Агентство Эспань приводит характерный эпизод из жизни республиканского тыла, показывающий героизм рядовых граждан республиканской Испании. 8 июня утром, когда авиация мятежников совершила налет на Фигэрас, один из раненых солдат подвергался операции в местном госпитале. Несмотря на интенсивную бомбардировку и несмотря на то, что коридоры, прилегающие к операционному залу, обрушивались, врач-хирург продолжал операцию до тех пор, пока она не была успешно закончена. („Мед. работн", № 32, 15.VI.38).

★ На февраль 1939 г. намечена всебелорусская конференция психиатров и невропатологов.

Утверждена повестка дня по следующим разделам: 1) организационные вопросы, 2) проблемы диагностики нервных и душевных заболеваний, 3) проблемы терапии.

Одновременно с конференцией будет проведено совещание по вопросам судебной психиатрии и военной психоневрологической экспертизы.

Для подготовки и проведения конференции утвержден расширенный оргкомитет в следующем составе: проф. Марков—председатель, Клипцан—зам. председателя и члены: Сегаль, Афонский (Минск), Кулик (Могилев), Хазанов, Генкин (Витебск).

Заявки на доклады и тезисы принимаются до 1 января 1939 г. по адресу: Минск, ул. Володарского, 16, Клиника нервных болезней, Оргкомитету.

ПРИКАЗ № 755

по Народному Комиссариату здравоохранения БССР

7 сентября 1938 г. г. Минск

§ 1.

На основании приказа по Наркомздраву СССР от 19 марта 1938 г. за № 335 приказываю организовать при Лечебно-профилактическом управлении Наркомздрава БССР Всебелорусский Комитет по изучению ревматизма и борьбы с ним в следующем составе:

Председатель комитета—проф. **Мелких С. М.**, Зам. председателя—проф. **Марков Д. А.**,—проф. **Ситерман Л. Я.**, Секретарь комитета—доц. **Чарно В. Г.**, Казначей Комитета—д-р **Новаш И. Е.**

Члены Комитета:

Академик **Гаусман Ф. О.**, Проф. **Трусевич Б. И.**, **Шапиро М. Н.**, **Коган Г. И.** (Витебск), Д-р **Каган В. И.** (Гомель) **Голденвейзер Е. В.** (Гомель), **Куделько Б. П.** (Могилев).

Нач. Леч. Управления Наркомздрава БССР.

Представитель от Мозырской больницы, Наркомсобеса, Военно-санитарной службы БВО, завода „Большевик" г. Минск (по договоренности с комитетом).

§ 2.

При Всебелорусском Комитете по изучению ревматизма и борьбы с ним организовать детскую секцию в составе:

Председатель—проф. **Леонов В. А.**, Зам. пред. секции—д-р **Левин З. С.**, Секретарь—д-р **Кацман Б. Г.**

Члены секции:

Проф. **Чернышева Л. А.** (Витебск), Д-р **Вовшина А. М.** (Директор Ин-та ОММ), **Волченок Ф. С.** (Гомель), **Абрамович** (Зав. детской больницей, Гомель), **Васильев** (Горваль—детская санатория), Представитель 20-й школы г. Минска по договоренности секции.

§ 3.

Поручить Всебелорусскому Комитету организовать филиалы последнего, по областному принципу, в г. г. Витебске, Гомеле, Могилеве и Мозыре. По Минской области проведение соответствующих мероприятий по борьбе с ревматизмом возложить непосредственно на Всебелорусский Комитет.

§ 4.

Для проведения мероприятий по изучению ревматизма и борьбе с ним у взрослых организовать ревматологическое отделение на 20—25 коек при 3-й Терапевтической клинике (1-я Сов. больница). При остальных клиниках и больницах областных центров открыты палаты для ревматиков.

§ 5.

На базе поликлинической помощи организовать ревматические кабинеты в г. г. Витебске, Гомеле, Могилеве, Мозыре, Бобруйске и Орше, предусмотрев в этих городах на 1939 г. по одной единице врача, одной патронажной сестры и ½ должности лаборанта.

§ 6.

Для установления связи между Минским ревмат. кабинетом и ревматическим отделением при 3-й терап. клинике, ввести одну добавочную врачебную единицу при Минском ревмат. кабинете. Стационарные ревматические койки обслуживаются врачами клиник и больниц на общих основаниях.

§ 7.

По изучению ревматизма и борьбе с ним у детей открыть палаты для ревматиков:

а) При детской клинике Витебского Мед. Института—10 коек.
б) В Институте ОММ и детской клинике (Минск) по 10 коек.
в) При детской больнице в г. Гомеле—10 коек.
г) В детском санатории „Горваль"—30—40 коек.

§ 8.

Открыть детские ревматические кабинеты в областных центрах. Для связи Центрального ревмат. кабинета (Минск) с филиалами и ревмастационарами (палатами) добавить одну единицу врача—педиатра.

§ 9.

Лечебно-проф. управлению Наркомздрава и финансовому управлению вместе с Всебелорусским Комитетом по борьбе с ревматизмом составить смету на содержание Республиканского ревмакомитета на 1939 г. и представить мне на утверждение.

§ 10.

Поручить председателю Всебелорусского Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним созвать первое организационное совещание не позднее 1/X—38 г. и приступить к работе согласно имеющегося положения о Республиканских Комитетах.

Нарком. Здравоохранения БССР

И. А. Новиков.

Отв. редактор *И. А. Новиков* Техредактор *С. М. Крамер*

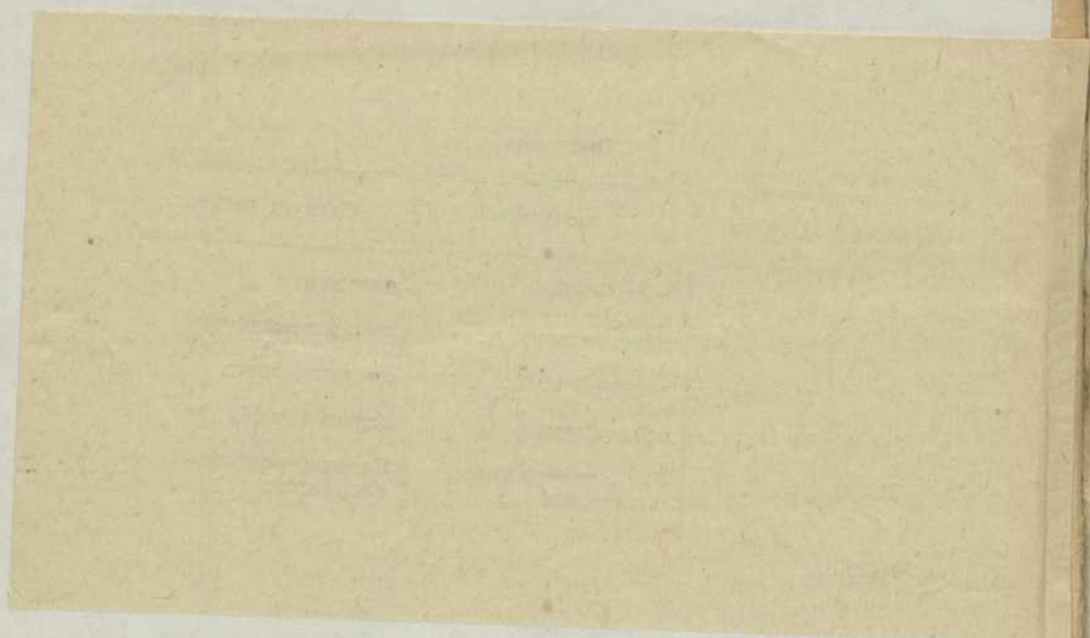
Сдано в набор 25/X—38 г. Подписано к печати 29/XII—38 г. Тираж 1.500 экз.
Объём $5^1/_4$ печ. листа. В печ. л. 62.000 зн. Бумага $72\times105^1/_{16}$. Заказ № 4100.
Главлита БССР № 4657.

Типография им. Сталина. Минск, Дом Печати.

Опечатки

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
7	10 сверху	предложений	положений
19	10 „	тоже механизма	того же механизма
19	14 снизу	локтевой кисти	локтевой кости
34	11 „	nevus flameus	naevus flameus
61	6 „	Клинико-рентего-нолические	Клинико-рентгено-логические

Зак. № 4100.



Отв. редактор И. А. [illegible]   Техредактор С. М. [illegible]

Сдано в набор [illegible]—38 г. Подписано к печати [illegible]—38 г. Тираж 1.500 экз.
[illegible] В 1 печ. л. [illegible] Бумага [illegible] Заказ № [illegible]00.
Главлита БССР № [illegible]

Типография им. [illegible] Минск, Дом Печати.

СОДЕРЖАНИЕ

Цена 1 р. 50 к.

